



KLINICKÁ PSYCHOLOGIE

STÁTNICE 2021

OTÁZKY:

1. Psychologie nemocných	3
2. Psychologie handicapu	12
3. Psychosomatické hnutí	23
4. Organické duševní poruchy a symptomatické poruchy	33
5. Neuropsychologická problematika	46
6. Duševní poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek	53
7. Schizofrenie	62
8. Poruchy nálady, afektivní poruchy	72
9. Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem, somatoformní poruchy	79
10. Poruchy příjmu potravy	89
11. Sexuální dysfunkce a deviace	95
12. Poruchy osobnosti a chování u dospělých, specifické poruchy osobnosti, návykové a impulzivní poruchy	104
13. Mentální retardace v dětském a dospělém věku	111
14. Poruchy psychického vývoje	120
15. Poruchy chování a emocí se začátkem v dětství a adolescenci	133
16. Terapie, rehabilitace, sociální služby	140
17. Psychoanalýza, hlubinná psychologie a dynamická psychoterapie	154
18. Humanistická a existenciální psychoterapie, logoterapie, gestalt terapie, empatická terapie a terapeutický vztah.	167
19. Behaviorální, kognitivní terapie a KBT	177
20. Manželská a rodinná terapie, systémový a systemický přístup, komunikační terapie.	183
21. Hypnoterapie, hypnóza, sugesce, relaxační a imaginační techniky	187
22. Skupinová psychoterapie	194
23. Integrativní a eklektická psychoterapie	206
24. Výzkum v klinické psychologii	213
25. Náplň a vymezení psychologické diagnostiky v dětské a dospělé praxi	218
26. Diagnostika osobnosti a psychopatologie u dětí a dospělých.	237
27. Projektivní techniky v klinické praxi	245
28. Dotazníkové metody v klinické praxi	251
29. Výkonové metody v klinické praxi	261
30. Soudně znalecká problematika	271
31. MKN-10: Klasifikace	276

1. PSYCHOLOGIE NEMOCNÝCH

VLIV AKUTNÍ A CHRONICKÉ NEMOCI NA PSYCHIKU

PROŽÍVÁNÍ CHRONICKÉ NEMOCI

- **fyzické potíže:**
 - o dlouhodobé a intenzivní bolesti, pohybové a zažívací potíže a potíže s vyměšováním, těžkosti s dýcháním, snížená sebeobslužnost
- **kognitivní a emocionální potíže:**
 - o na nemoc myslí často, intruzivní průnik (samovolně), sebepojetí (sám sebe chápe, vidí, hodnotí), narušená identita (někým byl před nemocí a někým teď), odcizování sobě samotnému a druhým lidem, ztrácí pocit os. kompetence a úcty
 - o člověk je nucen přebudovat vlastní identitu a celkový postup zvládání života
 - o strategie distancování se od chronické nemoci: pokus nemyslet na to, co se stalo, nebrat to v úvahu
 - o útéková řešení: drogy, alkohol, přejídání
- **sociální aspekty**
 - o k nadějnějším způsobům patří hledání pozitivních aspektů situace (krize je šance)!!!
 - o většinou ne úplně sociálně izolován: stýká se zdravotníky, rodina, pracuje, přátele s volným časem
 - o očekává rychlé uzdravení, když se neplní, je zklamán a ztrácí důvěru
 - tyto si klade i nad režimem, který mu předepisuje lékař – celá řada neshod
 - o příčiny nedodržování léčebných postupů (návštěvy léčitelů, paramedicínské praktiky)
 - lékař je takovým to chováním rozladěn, což se může projevit v přístupu k pacientovi.
 - o soc. obtížné situace: lékař předepíše dietní režim
 - pro pac. těžkosti (jak vařit, objednat v restauraci?)
 - o lékař se může úzce zaměřit jen na nemoc, ne pocity (úzkost, zlost, projevy agrese, nedůvěry)
 - o pacient je někdy propuštěn do domácího ošetření bez předchozí přípravy, co ho čeká
 - o svépomocné skupiny
 - o zábrany k odstranění bolesti někdy silné (závislost na analgetikách, chce setrvat v invalidním důchodu)
 - o snaha o zvýšení pacientovi mobility
 - o smlouva s pacientem – závazky o chování, formy odměn při dodržování, formy trestů při porušení

ZISK Z NEMOCI

- **primární:** úleva od úzkosti a konfliktu, kt. se dostaví po sdělení diagnózy; umožní vyjádření problému tělesnou symbolickou formou, tím i částečně odreagování konfliktu
- **sekundární:** vše co udržuje nemoc, snížená motivace uzdravit se
- **terciální:** hodnotová změna, nemoc přinese něco nového. Hovoří se o posttraumatickém růstu

POSTOJ PACIENTA K NEMOCI

- **normální:** soulad mezi lékařem a pacientem
- **heroický:** přemáhání bolesti, úzkosti a jiných symptomů
- **bagatelizující:** podceňování onemocnění a přehlížení příznaků
- **repudiační:** myšlení a emoce potlačuje, nevědomě disimuluje
- **nosofobní:** nepřiměřené obavy a strach
- **nosofilní:** uspokojení a zisky z nemoci (nevědomé)
- **účelový:** vědomí získávání něčeho důležitého
- **hypochondrický:** silně přeceňuje závažnost nemoci

PROBLEMATIKA BOLESTI A SMRTI

PROBLEMATIKA BOLESTI

- nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost
- prožitek spojený se skutečným či možným poškozením tkáně, je tak popisován
- bolest je vždy subjektivní
- vyskytuje se až u 3/4 všech nemocných, u chronických až ve 40%
- biologickým smyslem bolesti je ochrana organismu před poškozením/zničením
- adaptace na bolest slabá – kulturní a individuální rozdíly
- receptory bolesti = nociceptory = volná nervová zakončení v kůži a vnitřních orgánech
- biochemické látky uvolněné z poškozených tkání transformují volná nervová zakončení, takže se z receptorů tlaku a doteku stávají receptory bolesti
- na formování bolestivých jevů se podílí mozková kůra – proto je vhodné mluvit spíše o vnímání bolesti než o jejím cití

Funkce bolesti

- *obranný signál* varující před poškozením
- *projev onemocnění* (intenzita nemusí odpovídat ohrožení života)
- *varování před škodlivými důsledky* nějaké činnosti
- *nemoc samotná* (typickým příkladem jsou fantomové bolesti)

Vznik bolesti

- zážitek bolesti je kombinace složek (jsou časově i prostorově relativně odděleny):
 - *senzoricko – diskriminační*
 - (neospinotalamický systém) (výrazně rychleji než afektivně-motivační)
 - *afektivně – motivační*
 - (spjat s * endorfinů: tlumí cití bolesti, zásah placebo je taky pomocí a-m)
 - *kognitivně – hodnotící*
 - (dorzální a dorzolaterální míšní dráhy a korová centra) (pracuje nejrychleji)

RECEPTORY BOLESTI, 3 TYPY (DRÁBKOVÁ):

1. **nociceptory kůže a podkoží** jsou zdrojem superficiální bolesti (ostrá, palčivá, přesně ohraničená)
 2. **nociceptory kosterního svalstva, kostí, kloubu a cév** nejcitlivější je periost, peritoneum a krevní cévy (difuzní, tupá bolest)
 3. **nociceptory vnitřních orgánů** přijímají popudy viscerální bolesti, obvykle vegetativní projevy: bledost, bradykardie, hypotenze (neurčitě lokalizovatelná, palčivá, tupá)
- senzitivní vlákna v periferních nervech se liší průměrem, stupněm myelinizace a na něm závisící rychlostí vedení vzruchu. Transmitter pro bolest tzv. substance P.

TEORIE BOLESTI

3 okruhy:

- **teorie specifity** - patří sem teorie specifických nervových energií (Müller) a teorie specifity receptorů (von Frey), kdy předpokladem byly receptory pro bolest jako volná nervová zakončení, což později bylo potvrzeno pro nociceptorovou bolest
- **teorie kódování** - vychází z předpokladu, že informace z periferie je do centra přenášena ve formě kódu a výsledný pocit vzniká až v CNS dekodováním; patří sem teorie sumace, teorie periferního kódu, teorie reverberačních okruhů, teorie interakce a sumace
- **emoční teorie** - citová (emoční) teorie (Marschall) předpokládá, že bolest je spíše citová záležitost; přínosem této teorie je, že vedle smyslové složky bolesti je i emoční složka

Melzackova a Wallova „vrátková teorie bolesti“

- koncepce předpokládá existenci neurologických vrátek v míše (substantia gelatinosa), jež řídí přenášení informací o bolestivých podnětech do mozku
- jsou-li tato vrátka „otevřená“, zakoušíme intenzivnější bolest, než když jsou „zavřená“
- vrátky jsou vzruchy modulovány dříve, než je bolest uvědomena

- intenzitu bolesti dále regulují endogenní opiáty (endorfiny a enkefaliny)

Oblasti bolesti podle Karolyho:

- **smyslová** (senzorická, rozlišující složka vnímání): bolí to, jakoby mě někdo....
- **pocitová** (afektivní, hodnotící složka vnímání): neustále mě to otravuje ve dne v noci
- **behaviorální** (mající projevy v chování): člověk se bojí došlápnout, kulhá, bojí se nadechnout
- **fyziologická** (puchýř, absces)
- vliv životní situace a životního stylu: nehody v rodině, ztráta zaměstnání, úmrtí blízkého...
- zpracování informací a centrální řízení: způsob zvládání potíží, přesvědčení o vlastním zdraví, odolnosti, výdrži

FARMAKOLOGICKÁ PYRAMIDA

1. Pacient přichází s neléčenou bolestí

- o lékař by měl předepsat neopioidní analgetika, v kombinaci s dalšími léky či jinou podpůrnou léčbou
- o platí zde stropový efekt – od jisté úrovně nevede další zvyšování dávky ke zmírnění bolesti, pouze se zvyšuje síla nežádoucích účinků

2. Pacient udává, že bolest neustoupila, případně se dále zhoršuje

- o lékař by měl předepsat slabé opioidy a jejich kombinaci s dalšími neopioidními léky

3. Pokud bolest dále obtěžuje (je nesnesitelná) měl by lékař předepsat silné opioidy, bez ohledu na vznik tělesné závislosti

Hierarchické seřazení cílů:

- zbavit pacienta bolesti **ve spánku**, pokud pacient nespí, je velmi unavený a ztrácí chuť k životu
- zbavení pacienta bolesti, **když odpočívá vleže** nebo vsedě
- zbavit pacienta bolesti, kterou zažívá **v stoje**, při pohybu a práci

INDIVIDUÁLNÍ ASPEKT BOLESTI

- individuální zkušenost daná sociálním učením
- percepční práh bolesti – podmíněn momentálním stavem organismu
- osobnostní zvláštnosti: neurotici s↓; melancholici, schizofrenici a nějaké poruchy OS z↑ vnímání
- cirkadiární rytmy – nejvyšší práh bolesti je v ranních hodinách, nejnižší okolo osmé večer
- kontrola chování a kognitivní kontrola situace → pocit jistoty a kompetence → kompetence zvládnout

Vstupní informace pro pacienta (co je třeba zdůraznit):

- léčba bolesti je velmi důležitá
- zaměřit se na pacienty: děti, cizinci, staří lidé
- přetrvávající bolest hlásit
- ošetřující personál je za její léčbu odpovědný
- nebát se opiátů
- brát v potaz: představy o osobní statečnosti, trpělivém snášení osudu, strachu si stěžovat, významu utrpení podložené křesťanstvím

DĚLENÍ BOLESTI

Základní druhy bolesti – dělení dle:

- místa vzniku
- trvání a výskytu
- intenzity a nepříjemnosti
- charakteru (akutní x chronická)
- původu (organická x neorganická)

Dělení:

- **akutní** (acutus = ostrý): prudce, rychle probíhající, max rozsah 1 měsíc
- **maligní** (nádorová): zhoubná, zde ve významu bolest nesnesitelná, souvisí se zhoubným onemocněním
- **chronická** (chronos = čas): vleklá, 3+ měsíců
- **epizodická** (vracející se)
- **procedurální**: způsobovaná bolestivými výkony
- dělení dle **původu na organickou a neorganickou**:
 - o **nocicepční** – vztahuje se k potenciálnímu nebo skutečnému poškození tkáně,
 - o **neuropatická** – důsledek poškození nervového systému,
- **chronická bolest**: je považována za syndrom onemocnění, rozlišujeme:

- **maligní** – provází onkologická onemocnění, má typické projevy, vyžaduje specifický přístup, výrazně zhoršuje kvalitu života
- **benigní** – doprovází onemocnění, která nebývají život ohrožující, ale vždy svým působením mění kvalitu života. Tato bolest vyžaduje specifické vnímání problémů a potřeb nemocného, léčbu bolesti, individuální psychoterapeutický přístup.
- **psychogenní** – chápána jako bolestivé chování. Je projevem deprese, úzkosti nebo jiných psychických poruch

AKUTNÍ BOLEST

- zprac. senzoryckými talamickými jádry a vedena do gyrus postcentralis v parietální obl MK
- **pacient:** očekává pomoc od lékaře, ochoten respektovat autoritu a režimová opatření, čeká uzdravu, stabilizace vztahu, potřebuje pomoc zvládnout akutní obavy/úzkosti, ve styku s lékařem optimista
- **ovlivnění akutní bolesti:** může volně projevovat, svalové uvolnění, empatie lékaře, přechodnost bolesti (nepříjemná, jednou skončí), příprava předem, pomoc hypnózy, hypnotické a bdělá sugesce
- svalové uvolnění, empatie, hypnoterapie, sugesce, přechodnost
- **psychické dopady:**
 - **akutní** - ohrožení, strach
 - **chronická** – reziduální x fantomové, ↓ kvalitu života, emoční ladění (deprese, beznaděj), rezignace, bez zájmů

MĚŘENÍ BOLESTI

- 2 metody:
 - **psychofyzické postupy**
 - **slovní posouzení** s event. analogovým hodnocením (na úsečce)
- další dotazníky apod.:
 - **Lehrl + Cizike:** schéma nezávislých dimenzí prožívání bolesti (dimenze: prostor, čas, intenzita, konotace)
 - **McGill – Melzackův dotazník bolesti** (21 tematických skupin o 143 slovech)
 - **Dotazník QL indexu (Křivohlavý)**

MPQ (McGill Pain Questionnaire) – R. Melzack – měříme kvalitu bolesti

- zjišťuje tři druhy údajů o kvalitě bolesti:
 - **afektivní** – údaje, které se vztahují k citové emocionální stránce bolesti, třídí je do pěti skupin
 - **senzorycké** – možné přiřadit k určitému smyslu (hmat, chuť, čich)
 - **hodnotící**

Metoda měření intenzity bolesti – VAS – Visual Analogue Scale (Vizuální analogová škála)

- **grafické znázornění intenzity bolesti** na kontinuu od žádné a ž po nejintenzivnější

DIAGNOSTIKA BOLESTI

- **rozlišující složka bolesti:**
 - škály, které měří především sílu bolesti, případně pomocí dotazníků, které měří i její smyslovou podobu
 - pacient si také vede deník bolesti
- **hodnotící složka bolesti:**
 - hodnotí se pomocí dotazníků na depresi, úzkost.
- **behaviorální složka bolesti**
 - projevy bolesti v chování zjišťujeme: přímým pozorováním chování
 - objektivní metody: krokoměry, kapacita plic
 - sebepozorování pomocí škál: sledovatelné údaje (co konkrétního pacient za den zvládl, kolik spotřeboval léků)
- **vliv životní situace a životního stylu**
 - dotazníky na sledování psychosociálních okolností
- **zpracování informací a centrální řízení**
 - aktivní a pasivní zvládání zátěže, sleduje se pomocí dotazníků

- dále vyhýbavé chování a negativní myšlenky
- individuální odolnost

TECHNIKY ZVLÁDÁNÍ AKUTNÍCH BOLESTÍ

- **stínění** (taktilní podněty, elektrostimul., tlakové podněty, akustické podněty) – ne u invazivních bol.
- **informovanost o bolesti** (zásada přiměřenosti vzhledem k os a situaci): pravdivé, kotvené v realitě
- **použití placeba** – lepší výsledky u těžších stavů bolesti než lehčích; u bolestí hlavy vysoké účinky; při dlouhodobém užívání se účinky vytrácejí – nutno inovovat (jiná chuť, vzhled, jiné místo aplikace)
- **biologická zpětná vazba** (biofeedback) – ovlivnění fyziologických pochodů v těle pomocí průběžné info o jejich stavů monitorovacím zařízením – lze ovlivnit př. tlak krve, kožně galvanické reakce, frekv. srdeční činnosti, gastrointestinální pohyby, kožní teplotu, napětí svalových skupin; dobré u migrén.
- **techniky kognitivní kontroly nebo strategie:**
 - zaměření pozornosti na vnější situaci (zvláštnosti okolí)
 - zaměření pozornosti na vnitřní prostředí (vlastní myšlenky, problém, počítání)
 - somatizování (zaměření na části těla nebo znecitlivění, distanc od bolestivých částí těla)
 - imaginace (denní snění příjemných prožitků)
- **inokulační programy pro redukování bolesti** – aktivní záměrné rozvíjení způsobilosti zvládat („očkování proti bolesti“); skládá se ze tří fází:
 - edukativní – zákl. info o bolesti a možnosti ovlivňování jejích 3 složek př. sensorická – relaxační techniky; afektivní – odvrácení pozornosti; kognitivně-hodnotící – autoinstrukce
 - nácviku – nácvik konkrétních technik
 - praktická, aplikační

Ochota poslechnout lékaře

- **kompliance** = ochota vyhovět tomu, co druhý ode mě žádá, vyhovět mu, a tím nastolit určitou harmonii mezi jeho vůlí a mým chováním. V našem kontextu = poslušnost v dodržování léčby.
- **adherence** = pevně se držet, věrně respektovat, lpět na tom, co mi bylo uloženo, a v tomto smyslu pak i dodržovat a zachovávat příkazy lékaře. Oproti komplianci zdůrazňuje vzájemnou spolupráci mezi poskytovatelem zdravotní péče a uživatelem, pacient je iniciativní a v rozhodování autonomní

BOLEST CHRONICKÁ

- bolesti svalové a kloubní, migrény
- fantomové bolesti (sem řadíme i reziduální bolesti, jedná se o bolesti po amputaci končetin, odejmutí žlučníku atd.).
- revmatoidní artritidy
- alexithymické vyjadřování nepříznivých pocitů
- maskovaná (larvovaná) deprese
- jiné bolesti zad a hlavy
- chronická nemoc se přibližuje plíživě, pomalu
- často při jejím vývoji člověk zaujímá nesprávný postoj (jako na akutní, která rychle odezní)
- specifické způsoby chování, dotýkající se i vztahů s druhými lidmi
- chronická bolest je vedena do limbického systému a prefrontální mozkové kůry; **trvá déle než půl rok**
- různý typ bolesti je prožíván rozdílným způsobem: akutní – příčina bolesti není známa – vyvolává pocity ohrožení a strachu; chronická nevyvolává takové reakce, ale dlouhodobě snižuje kvalitu života, emoční ladění, vede k depresi a beznaději, ke změnám chování i uvažování, rezignace, ztráta zájmu.
- nutno počítat s naučeným chováním a analyzovat jej (jak se chová nejenom on, ale i jeho blízké okolí)

Psychologické zásady při léčbě chronické bolesti

- chápat bolest jako dočasnou, běžnou součást života, byť velmi nepříjemnou
- obejít se bez diagnózy a léčby neexistující nemoci
- uvědomit si, že většina pacientů trpících chronickou bolestí se uzdraví stejně rychle bez ohledu na to, zda se léčí či nikoli
- napomoci přirozenému ozdravnému procesu trpělivým pozorným nasloucháním, vyčkáváním a trpělivým několikadenním snášením bolesti ze strany pacienta

- uvědomit si, že neřešené životní problémy, minulé traumatické zkušenosti jsou příčinou napětí, které se může projevovat tělesnou bolestí, proto je třeba se více zajímat o pacientovu spokojenost v rodině, sexu, zaměstnání
- důležitá je úprava životního stylu
- změna v myšlení pacientů – uzdravení záleží především na nich

Chronické bolestivé stavy

- předpokládá se zde, že dochází k perpetuační fixaci bolesti a jejích vnějších projevů mechanismem operantního podmiňování
- musí se počítat s naučeným chováním pacienta a analyzovat, jak se pacient při bolestivých stavech chová a jak na jeho chování odpovídá jeho blízké sociální prostředí
- také přihlídnout k individuální historii nemocného (chování rodičů, když byl v dětství nemocen)
- pacient je ohrožen především vyhýbavým chováním a sociálním zpevňováním bolesti
- pravděpodobný vznik sekundárního zisku z nemoci, s čímž souvisí různé formy disfunkčního chování i prožívání
- zejména postoj rezignace, který je charakterizován 3 deficity (Heřmánek):
 - o **motivační deficit s pasivním postojem** k léčení a nedostatek angažovanosti a odpovědnosti
 - o **emocionální deficit** – úzkosti, deprese, tedy stavy snižující práh bolesti a toleranci vůči bolesti
 - o **kognitivní deficit** – omezená schopnost učit se novým formám chování
- někde se vyskytuje silný (často nevědomý) odpor vůči léčbě, který může být doprovázen závislostí na analgetických, důchodovými tendencemi a těžšími psychickými poruchami
- dále dopomáhá zvýšení pacientovy mobility
- prokázaná závislost mezi zvýšením mobility a tolerancí vůči bolesti
- pacient může uzavřít „smlouvu“ v níž se zavazuje, že se bude léčit

PROBLEMATIKA SMRTI

- smrt a umírání je pro mnohé stále ještě tabu
- **klinická smrt** = zastavení činnosti srdce a dechu (je možné je resuscitací obnovit)
- smrt mozku = závazné kritérium smrti stanovené WHO; stav, kdy dochází k nezvratným změnám na mozku, při nichž nastane selhání funkce a zánik center řídících krevní oběh a dýchání

PSYCHICKÉ VYROVNÁVÁNÍ SE S TERMINÁLNÍM ONEMOCNĚNÍM

- Elisabeth **Kübler-Rossová** (podle 450 terminálně nemocných)
 1. **Zjištění nemoci/šok**: až několik dní není sto pochopit, proč právě jemu, proč právě teď
 2. **Popření, stažení se**: hl. u těch, kteří nezakoušejí nepříjemné pocity; až 20 % nemocných 14 dní popírá, že jim dgn. někdo sdělil; omyl, navštěvují jiné lékaře, ověřují
 3. **Zloba, hněv, agrese**: namířená ven-závist zdravým osobám; stížnosti na banality; vidět za tím krizi, úzkost, zoufalství, stupňovaný pocit nespravedlnosti a křivdy
 4. **Smlouvání**: racionální rovina: o čas, zda se dožije významné životní události; iracionální rovina: regrese do dětství, hledání viny, které se dopustil, slibuje, že vše odčiní, jako trest za provinění, hledá alternativní způsoby léčby
 5. **Deprese**: přetrvávají iracionální pocity, provinění nahrazené plným uvědoměním ztráty životních hodnot; nutné, aby nebyl sám
 6. **Akceptace**: pacienti, kteří dospějí k vnitřnímu vyrovnání, působí dojemem vyrovnanosti, klidu, míru, uspořádání si posledních důležitých věcí

TRUCHLENÍ

- žal nad ztrátou, začíná obvykle smrtí blízkého (objevuje se i u jiných ztrát)
- komplexní emocionální, sociální, somatická reakce na ztrátu

Fáze truchlení

1. **Šok a otřes:** hned po (hodiny až dny); zmatenost, otupělost, omráčenost; automatizovaní a nevěřící; to přece nemůže být pravda
 2. **Sebe-kontrola:** do pohřbu; dolehnutí po hostině
 3. **Regrese:** 1-3 měsíce; pláč, intenzivní smutek; regrese v chování (ne jako děti, běžné fungování); apatie, úzkost, uzavřenost, zoufalství
 4. **Adaptace:** 1+rok; získávání ztracené sebekontroly nad životem; zvládání běžných nároků a smiřování
- při truchlení jsou zásadní **4 důležité úkoly:** *přijmout ztrátu jako realitu → prožít zármutek → adaptovat ve světě bez zemřelého → citově se odpoutat, investovat energii jiným směrem*

Komplikované truchlení (Lieberman)

- **opožděné reakce:**
 - o jsou opožděny/odloženy (týdny až roky), pozůstalý často přesvědčivý v přizpůsobení ztrátě
 - o může zastavit/znemožnit další život pozůstalého
- **zkreslené reakce**
 - o hyperaktivita, rozvoj závislosti na návykových látkách, získání symptomů nemoci zemřelého, přetrvávající změny ve vztahu k přátelům a příbuzným, zaryté nepřátelství vůči určitým osobám

Komplikované truchlení – atypické formy

- **chronické reakce** (zármutek může trvat dlouho a vyústit v depresi)
- **odložené/opožděné reakce** (týdny, léta) – spouštěcí faktor ukáže nezpracovaný smutek
- **excesivní reakce** (povaha reakce na zármutek) – strach přeroste ve fobii „thanatofobie“
- **maskované reakce** (tělesný symptom, drogy, delikvence)

Rizikové faktory komplikovaného truchlení

- **okolnosti úmrtí** (příčina k sebeobviňování, předčasná, náhlá, strašlivá): vina, bezmoc, hledání viníka
- **charakteristika vztahu zemřelý-přeživší** (ambivalence, závislost, symbióza, dítě, mladší 20 let)
- **charakteristiky pozůstalého** (nedořešené ztráty, neschopnost vyjádřit pocity, výčitky svědomí)
- **sociální okolnosti** (malá podpory rodiny, absence vztahů, nedospělé děti v zasažené rodině)

KRIZOVÁ INTERVENCE U POZŮSTALÝCH

- **rychlé navázání kontaktu** s pozůstalým + zásadní je vždy emocionální podpora
- *** podmínek a atmosféry k rozhovoru:** umožní ventilaci emocí spjatých se smrtí milovaného člověka

Doporučené zásady KI:

- hlavně soustrastně naslouchat, být všímavý, pozorný, empatický
- udělat si pro rozhovor dostatek času, představit si sebe v jeho roli
- používat otevřené otázky a nechat hovořit hlavně pozůstalého
- nedávat zbytečné rady, nechat na něm, aby spolu s námi našel řešení
- neodsuzovat emoce, nepřerušovat v hovoru, neskákat do řeči, ticho součástí konverzace.
- ujištění, že pozůstalý udělal pro zemřelého vše, co bylo momentálně v jeho silách.
- později podporovat pozůstalého v návratu ke starým zájmům a aktivitám

Dlouhodobější intervence

- **edukace:** truchlení je přirozený proces, co se pozůstalému děje je běžné, normální a přirozené
- **ověřit, uznat skutečnost:** detailní popis událostí spjatých se smrtí, nepodporovat únikové reakce
- **popis vztahu:** charakteru, emocionálního náboje, vývoje vztahu, př. společné fotografie
- **ventilovat a zpracovat pocity:** včetně latentních – hněv, vina, úzkost a bezmocnost
- pomoci překonat různé překážky při procesu adaptace na novou realitu
- vést ke zdravému emocionálnímu odpoutání, k investování energie jina

Členění procesu umírání

1. **Pre finem** – zjištění nemoci a reakce na toto zjištění

2. In finem (terminální stav)

- méně fyz. i psych. sil, hodně spí/bdí, soustředí na vlastní prožívání, nitro: vzdalování od vně světa
- klesá zájem o jiné lidi, noviny, televizi, knihy apod.; nemusí stát vždy o návštěvy vzdálenějších příbuzných a známých; chce mít u sebe jen své nejbližší, někdy chce být sám
- **předsmrtná euforie:**
 - o pár dní před smrtí rozkvět život. sil: bdělý, plný života, dobře slyší, klade a odpovídá na ?, má přání
 - o potřeba posadit se, vstát; jakoby naposledy přijímal podíl na životě; je dobré, pokud se umírající může těšit ze společnosti nejbližších; zpravidla 2-3 dny před samotným koncem
 - o střídána fází nazývanou smrtelné kóma; umírající nereaguje na podněty z okolí, ale může slyšet
 - o v přítomnosti člověka v tomto stavu hovořit jako kdyby byl plně při vědomí: poučit i příbuzné
- 3. **Post finem** – péče o mrtvé tělo, péče o pozůstalé

THANATOLOGIE

- řec. thanatos = smrt, logos = řeč, nauka
- věda o umírání a smrti, věda interdisciplinární
- zabývá se biologickými a fyziologickými otázkami smrti, psychologickou, teologickou, filozofickou, antropologickou i etickou stránkou
- nejlépe je rozpracována u pacientů s onkologickým onemocněním
- první thanatolog Robert Hertz

HOSPICOVÉ HNUTÍ

PALIATIVNÍ PÉČE

- primárně zaměřena na chronicky nemocné pacienty
- na onemocnění, která se nedají vyléčit
- intenzita paliace je modifikována tak, aby se jejími nežádoucími účinky nezhoršil celkový stav nemocného
- paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním
- délka života je u nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života
- je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu
- primární je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných
- cílem je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin

WHO a paliativní péče

- podporuje život a považuje umírání za normální proces
- ani neurychluje ani neoddaluje smrt
- poskytuje úlevu od bolesti a jiných svízelných symptomů
- začleňuje do péče o pacienta psychické a duchovní aspekty
- vytváří podpůrný systém, který pomáhá rodině vyrovnat se s pacientovou nemocí a zármutkem po jeho smrti.

HOSPICOVÉ HNUTÍ

- v aj. útulek, útočiště; v lat. *hospitium* (pohostinství, pohostinný dům)
- formální paliativní péče, tvořena lékařskými, ošetrovatelskými, rehabilitačně-ošetrovatelskými službami
- vzniklo ve Velké Británii
- protagonistkou se stala Angličanka **Cecillia Saundersová**
- vystudovala medicínu a založila **St. Christopher hospic** 1967
- 1. hospic v ČR **Červený Kostelec** 1995- **Marie Svatošová**
- pomáhá umírajícím a jejich příbuzným prožít obtížné chvíle života pokud možno bez bolesti, v klidu, v bezpečí a v přítomnosti druhých lidí (rodina, profesionální pracovníci, laičtí pomocníci, duchovní)

- zkvalitnění života nemocného, **ne léčba**
- **hospic garantuje:**
 - o nebude trpět nesnesitelnou bolestí
 - o v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost
 - o v posledních chvílích života nezůstane osamocen
- **hospice v ČR:** Červený Kostelec, Praha, Plzeň, Rajhrad u Brna, Litoměřice, Brno, Svatý Kopeček, Valašské Meziříčí, Most, Prachatice, Ostrava, Červany u Prahy, Chrudim
- v r. 2005 * Asociace poskytovatelů hospic. paliativní péče (APHPP)

Tři formy hospicové péče

1. Domácí hospicová péče

- domácí péče poskytovaná laiky = **home help** x domácí ošetrovatelská péče profesionály = **home care**
- stará se rodina, podle potřeby podporována technicky a odborně
- **mobilní hospic** poskytuje péči lékaře, zdravotních sester, soc. pracovníka, psychologa a duchovního v domácím prostředí
- tým mobilního hospice společně pomáhá nemocnému kvalifikovaně zvládat bolest a další průvodní jevy

2. Stacionární hospicová péče

- pac. je přijat ráno a odpoledne nebo večer se vrací domů (doprava rodinou, hospicem)
- diagnostický důvod (zvládání a kontrola bolesti), léčebný důvod (chemoterapie, paliativní léčba), psychoT důvod (komunikace o pocitech), azylový důvod (zabrání vyčerpání, konfliktům)

3. Lůžková hospicová péče (hospic jako dům)

- 25-35 lůžek + stacionář + vzdělávací centrum s poradnou
- jsou ohroženi na životě, pro poskytnutí intenzivní paliativní péče a léčby, není nutná hospitalizace v H, nestačí/není možná domácí péče; neomezené návštěvy – jsou součástí péče

NEJČASTĚJŠÍ SEKUNDÁRNÍ DUŠEVNÍ PORUCHY U SOMATICKÝCH ONEMOCNĚNÍ

- psychické poruchy se vyskytují též v kombinaci se somatickými onemocněními, může jít o primární duševní poruchy či tvoří sekundární doprovod u somatických onemocnění (diabetes mellitus, cévní mozková příhoda...)
- působí na psychiku nemocného, má sociální význam vyjádřený rolí a postavením nemocného
- mění se sebepojetí nemocného – **zhoršuje sebehodnocení a sebeúcta**
- může vést až ke změně identity
- **strach a úzkost, smutek, truchlení, deprese, suicidální tendence**
- pocity bezmoci a beznaděje, apatie a rezignace
- **hněv a vztek**
- pocity osamocení, rozvoj neurotických poruch, poruchy spánku
- symptomatické deprese (sekundární. organické):
 - o stav, který se rozvinul v souvislosti s organickým onemocněním mozku či těla
 - o somatické onemocnění může způsobovat patofyziologické změny mozku
 - o deprese může být vyvolána i léčbou som. onemocnění
 - o **deprese, která vznikla v souvislosti se som. onem., nelze nikdy považovat za součást som. o. a je třeba ji léčit**

2. PSYCHOLOGIE HANDICAPU

- zabývá se především psychologií jedinců se zdravotním postižením
- zdravotní postižení můžeme vymezit jako ztrátu nebo poškození určitého orgánového systému, v důsledku toho dochází k narušení, omezení nebo úplnému chybění některé ze standardních funkcí – tzn. kompetencí.
- z psychologického hlediska platí, že jakékoli postižení má vliv nejen na poruchu funkcí, ale i rozvoj celé osobnosti jedince a specifické sociální postavení
- handicap představuje znevýhodnění, je to psychosociální kategorie
- Zdravotní postižení – ztráta nebo poškození určitého orgánového systému (v důsledku toho dochází k narušení, omezení či úplnému chybění některé ze standardních funkcí).
- Je důležité uvědomit si, že jakékoliv postižení se neprojeví jen poruchou fungování jednoho orgánového systému, ale že ovlivňuje vývoj celé osobnosti jedince a spoluurčuje jeho společenské postavení.
- Na tomto základě vzniká **handicap** (znevýhodnění) – je dán postižením, mírou subjektivního zvládnutí i jeho sociálním významem. Handicap je psychosociální kategorií, která označuje míru zatížení daného nejen biologicky.
- Změny v oblasti jednotlivých psy. funkcí a celé osobnosti zdravotně postiženého nemusí mít stejnou příčinu – je třeba rozlišovat primární postižení a sekundární znevýhodnění, které má jinou etiologii.

DĚLENÍ ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ:

- **Primární postižení**
 - chorobné změny, které představují omezení v oblasti předpokladů k rozvoji normálních funkcí (př. zrak, vnímání)
 - riziko, že v důsledku zdravotního postižení vznikne i psychická odchylka, závisí na druhu a závažnosti onemocnění.
- **Sekundární postižení**
 - Změny vznikají jako důsledek působení nejrůznějších, zejména psychosociálních faktorů, které mohou být závislé na primárním postižení
 - na vzniku se mohou podílet různé osobnostní vlastnosti a prostředí, němž žije (soc. okolí)

VÝSKYT A PŘÍČINY ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ: PRENATÁLNÍ, PERINATÁLNÍ A POSTNATÁLNÍ Vlivy

- **Vrozené** postižení – ovlivňuje vývoj dítěte, není tak subjektivně traumatizující; (3 – 5% dětí)
- **Později získané** – člověk může srovnávat, uvědomuje si, co ztratil, aktuální stav považuje za jednoznačně horší; na druhou stranu má výhodu ze získání dřívějších zkušeností – např. představa prostoru, zachovalá slovní zásoba, sociální zkušenosti aj.

PSYCHICKÉ ZMĚNY VYPLÝVAJÍCÍ Z VROZENÉHO POSTIŽENÍ

- **Rozvoj poznávacích procesů** – rozvoj především kompenzačních funkcí podle postižení
- **Osobnost postiženého dítěte** – závisí na přijetí dítěte rodiči, způsobu výchovy, míře kontaktu s druhými lidmi, možnosti získat různé sociální role a sociální zkušenosti
- **Odchylky v socializačním vývoji** – vznikají vlivem neadekvátní výchovy – např. závislost na rodičích, nesamostatnost, egocentrismus, pocity nejistoty a méněcennosti

RODINA POSTIŽENÉHO DÍTĚTE

- jiná sociální identita
- stává se součástí sebepojetí všech jejích členů, změní se životní styl, chování rodiny k okolnímu světu

RODIČE

- Negativní pocity vyplývají z pocitů selhání v rodičovské roli a viny vzhledem k dítěti
- Vědomí neschopnosti zplodit zdravého potomka vede ke ztrátě sebedůvěry a pocitům méněcennosti
- Důležité je hodnocení svého současného postavení a jaké reakce očekávají, popř. jak se s nimi dokážou vyrovnat
- Postoje a chování rodičů k dítěti budou jiné, než kdyby bylo zdravé, je zde nebezpečí extrémů – hyperprotektivita, odmítnutí.
- Období, kdy jsou rodiče konfrontováni se skutečností o postižení dítěte se označuje – fáze krize rodinné identity, může jí předcházet fáze nejistoty (rodiče si uvědomují jistou odlišnost)

REAKCE RODINY

- onemocnění mění povahu dosavadního rodinného fungování
- pro rodiče hluboký otřes
- Mimořádná zátěž a velmi náročná životní situace.
- Ztráta očekávání zdravého dítěte – pokud je diagnóza sdělena ihned po narození dítěte, není to o nic lepší, protože vztah k dítěti se vytváří již v těhotenství
- narušení vlastního sebeobrazu rodičů, pocit selhání, narušení rodičovské identity
- Ztráta normálního života s dítětem.
- Ztráta důvěry v partnera.
- Ztráta důvěry v lékaře.
- Ztráta důvěry ve vlastní schopnosti.

STADIA REAKCE RODINY

- **Šok:** rodiče prožívají pocity derealizace a zmatku, reagují zcela nepřiměřeně
- **Popření** (útěk ze situace): není to pravda, musí existovat zázračný lék, musí se to nějak vysvětlit...
- **Smutek, zlost, úzkost, pocity viny:** agresivní pocity se vztahují na partnera nebo na zdravotnický personál, další reakcí je často hluboký smutek, sebelítost, a hlavně pocity viny, rodiče nejsou schopni vnímat a zpracovávat podrobnější informace o nemoci dítěte a o možnostech léčby, informace je nutné neustále opakovat, je nutné rodině zajistit oporu, zajímat se o ně, odpovídat na všechny otázky,
- **Stádium rovnováhy:** snižování úzkosti a deprese, narůstá přijetí situace, roste snaha starat se o dítě a aktivně se účastnit jeho léčby, s novým stresem a krizí dochází k opakovaným emočním výkyvům
- **Reorganizace:** situace je rodiči přijímána, rodiče se s faktem nemoci vyrovnávají a zaměřují se na hledání optimálních cest do budoucna, péče o dítě vyžaduje spolupráci obou rodičů, pokud se rodiče nerozejdou, většinou to jejich vztah posílí
- **odchylky od adaptace:**
 - **hyperprotektivita** – přílišné soustředění na nemocné dítě, extrémní péče a stimulace, často pramení z pocitů viny nebo ze studu za negativní postoj k dítěti; druhý z rodičů může mít pocit přehlížení a odmítání, takže manželský vztah je narušen, i sourozenci postiženého mohou mít pocity odstrčení a nedostatku péče, mohou cítit vinu, že nemají sourozence dost rádi, nebo že nemoc nepostihla je, často musí svého sourozence mezi vrstevníky bránit a tím vznikají komplikace pro jejich vlastní socializaci; na postižené dítě také nemusí být kladen dostatečné nároky, je vnímáno jako extrémně zranitelné, dítě to přebírá do vlastního sebepojetí, chybí mu sebevědomí a sebejistota, zbytečně je zpomalován jeho vývoj
 - **odmítání dítěte** – nejčastěji u MR, je-li defekt znatelný již po narození dítěte, dokud ještě nevzniklo dostatečné pouto, obvykle je to spojeno s pocity viny, objevuje se většinou ze strany jednoho z rodičů, dítě bývá umísťováno do ústavní péče, nebo zůstává v domácí péči a je ohrožené sy CAN
 - **přetrvávající vztek na druhého rodiče** – může vést až k rozpadu rodiny, odtažení od partnera může být způsobeno obviňováním sebe samého, nebo právě partnera, někdy jde o projekci vzteku na dítě, vztek vzniká i při rozdílném tempu adaptace na situaci
- Dojde-li k postižení později, nepůsobí ta na znehodnocení rodičovské prestiže
- Rodičovské obrany jsou spíše směřovány na dítě než vlastní sebeúctu

SOUROZENCI

- uvědomuje rozdílnost přístupu rodičům k němu a k postiženému sourozenci
- velmi obtížně se vytváří vztahová sourozenecká symetrie (např. starší postiž. sourozenec nemůže být vzorem, se kt. by se mladší dítě mohlo ztotožnit; obtížně lze s postiž. sourozencem soupeřit i vytvářet spojení.)

OKOLNOSTI DIAGNÓZY

- Některá postižení jsou zjevná ihned po narození.
- Ostatní je možno diagnostikovat o něco později (smyslová postižení, mentální postižení).
- Znat přesnou diagnózu dítěte co nejdříve.
- Navázat krizovou intervencí a jinou odbornou pomocí.

- Pro rodinu je klíčové vytvořit vlastní a všemi členy rodiny sdílený význam postižení brzy po sdělení diagnózy, aby byla odolnější vůči následné zátěži.

VYSVĚTLENÍ PŘÍČIN POSTIŽENÍ

- Biomedicínské: genetické či prenatální faktory, porodní trauma...
- Environmentální: znečištění ovzduší, toxické vlivy...
- Náboženské – spirituální: náboženská víra, víra v nadpřirozeno, včetně lidových pověr...
- Vliv osudu nebo náhody.
- Neznámá příčina: nejistota ohledně příčin postižení je pro rodiče velmi zatěžující, je lépe vědět, či se domnívat...
- Obviňování sebe nebo druhých: připisování osobní odpovědnosti se děje často při nedostatku informací od odborníků.

PSYCHOLOGICKÁ SPECIFIKA JEDNOTLIVÝCH TYPŮ POSTIŽENÍ

ZRAKOVÉ POSTIŽENÍ

CHARAKTERISTIKA

- ZP vytváří situaci senzorické, informační deprivace
- **Slabozrakost** – omezení zrakových funkcí na úroveň 15-5 % běžné kapacity. Jsou schopni běžné orientace v prostředí, psychický vývoj nebývá zásadně odlišný
- **Praktická nevidomost** – zbytky zraku, deficit v rozsahu méně než 4 % běžné kapacity.
- **Nevidomost** – znamená chybění tvarového vidění, může být zachována schopnost rozlišovat světlo a tmou
- **Kortikální postižení zrakových funkcí** – narušením okcipitální oblasti mozku nebo zrakových drah, které se podílejí na vnímání a zpracování vizuálních info. (proměnlivost zrakové percepce, výkyvy v reagování na různé podněty)

PSYCHOLOGICKÁ CHARAKTERISTIKA

Závažný zrakový deficit ovlivňuje vývoj poznávacích procesů.

- Kompenzační funkci má zj. sluch – lépe rozvinut, citlivější, diferencovanější. Podobně se rozvíjí i hmat
- Rozvoj poznávacích schopností je ve větší míře spojen s rozvojem jazyka a řeči. Celková úroveň verbální inteligence není na zrakovém postižení přímo závislá. Pokud má jedinec alespoň průměrné předpoklady a žije v podnětném prostředí, nedochází k opoždění.
- Důraz na verbální komunikaci jako na prostředek získávání info někdy vede až k extrému – tzv. **verbalismu** (*nevhodné užívání slov, jejichž význam jedinci unikl, nebo jej nezná přesně – popisy krajiny, barvy...*)
- Pro těžce zrakově postižení má větší význam **sluchová paměť**, ve větší míře se využívá i hmatová paměť (tu vidoucí lidé téměř nevyužívají).

SOCIALIZACE

- Omezení možnosti získat potřebné soc. zkušenosti a naučit se reagovat přiměřeným způsobem
- Mají méně výraznou mimiku a pantomimiku a jejich projevy nemusí mít obvyklý význam
- Lidé s vrozeným zp mívají potíže v sociálním porozumění, chybí jim důležitý zdroj sociální zkušenosti – učení nápodobou
- Obtíže s orientací v neznámém prostředí – posílení závislosti na jiných

DĚTI NEVIDOMÉ OD NAROZENÍ: ODLIŠNOST VE VÝVOJI

- *Nižší aktivace CNS*: aktivace významně snížena, což může budit dojem, že je dítě ospalé.
- *Nápadné aktivity*: děti si často doplňují hladinu aktivace vlastními dostupnými způsoby (kývání, houpání, hopsání, mačkání očí).
- *Motorický vývoj*: důležité je vědět, že nevidomé děti se posunují po zedečku nebo po zádech a pak se postaví a obcházejí kolem nábytku.
- *Raný vývoj kognitivních funkcí*: senzomotorické stádium trvá déle a jeho průběh je mnohem více závislý na pomoci blízkých osob.
- *Odlišnost v komunikaci*: rodičům chybí kontakt z očí do očí, je tak těžší porozumět signálům dítěte, mimické projevy jsou celkově chudší a nedá se z nich usuzovat na emoční prožitky.

- *Prodloužené období závislosti*: separační úzkost přetrvává déle, teprve ve věku 4-5 let je dosaženo vnitřní reprezentace matky a může dojít k separaci dítěte.

NÁPADNOSTI V EXPRESIVNÍ ŘEČI

- Používají řeč k navázání a udržení kontaktu.
- Vokalizace a řečové projevy slouží k získání představy o prostoru.
- Experimentují více s hlasem, melodií a rytmem.
- Užívají slova a fráze se zkresleným obsahem nebo bez pochopení obsahu.
- Opakují to, co právě slyšely.

DĚTI S KORTIKÁLNÍM POSTIŽENÍM ZRAKU

- Centrální porucha zraku.
- Centrální slepota nebo nověji kortikální postižení zraku.
- Příčinu v postižení CNS, nejčastější příčinou jsou stavy, při kterých měl mozek po určitou dobu nedostatečný přísun kyslíku.
- Úrazy hlavy.
- Infekce CNS a mozkové nádory.
- příznaky:
 - o Proměnlivost využívání zraku, na stejný podnět dítě jeden den reaguje a druhý den nereaguje.
 - o Dítě je málo zvědavé, neotáčí se za zrakovými podněty.
 - o Dítě lépe poznává zrakem ve známém prostředí a známé předměty.
 - o Spontánní zraková aktivita je krátká.
 - o Objevuje se u nich upřené hledění do světla.
 - o Používají periferní zorné pole a nedívají se tudíž přímo na předmět, který uchopují.

DĚTI A DOSPÍVÁJÍCÍ SE ZÍSKANOU PORUCHOU ZRAKU

- Zaměřujeme se především na zmírnění traumatizujících zážitků a pomáháme při hledání nových perspektiv.
- Volba metod je závislá na věku dítěte.
- Je vhodné pracovat s celou rodinou.
- Zvláště tehdy když nevyjádřené emoce nebo neadekvátní postoje rodičů ztěžují adaptaci dítěte na novou situaci.

ZÁSADY PRO PSYCHOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ DĚTI SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM

- Vývoj je třeba posuzovat na základě několika sezení nebo návštěv v delším časovém rozpětí.
- Děti s postižením zraku reagují citlivě na změny prostředí, proto je vhodné dítě vyšetřit v jemu známém prostředí.
- Děti s postižením zraku potřebují další dobu na seznámení se s lidmi, prostředím a pomůckami.
- Je velmi důležité znát typické projevy v chování dětí s těžkým zrakovým postižením.
- U dětí se zbytky zraku dbáme na vhodné osvětlení a využívání optických pomůcek.
- U dětí s kombinovaným postižením je nutná spolupráce s dalšími odborníky.
- Rodiče své dítě dobře znají, mohou nám tedy pomoci při vyšetření, je vhodné se jich ptát na oblíbené činnosti či hračky dětí.

ZÁSADY JEDNÁNÍ S NEVIDOMÝMI

- Pozdrav s představením je důležité spojit s oslovením, aby nevidomý věděl, že pozdrav patří jemu.
- Při odchodu z místnosti je vhodné nevidomého upozornit na to, že opouštíte místnost.
- Podání ruky na pozdrav nahrazuje nevidomému oční kontakt. Při setkání stačí nevidomému oznámit "podávám Vám ruku". Při rozhovoru je velmi důležitý oční kontakt s nevidomým.
- Při vyšetření vysvětlit, co se bude dít.
- Věci nevidomého by měly zůstat na svém místě.
- S nevidomým lze bez obav použít slov: vidět, kouknout se, mrknout, prohlédnout si...
- Jednání s nevidomým neprobíhá přes jeho průvodce.
- Na vodícího psa není vhodné mlaskat, hvízdát, hladit ho, krmit ho nebo na něj mluvit bez vědomí majitele.
- Při jednání by měl být nevidomý objedнан na určitou hodinu.

SLUCHOVÉ POSTIŽENÍ

CHARAKTERISTIKA

- Důležité je, zda postižení vzniklo **prelingválně** (před osvojením jazyka) nebo **postlingválně**
- Prelingvální (do 3-4 let) narušuje závažným způsobem celkový vývoj
- *Převodní vady (postižení vnějšího a středního ucha), percepční vady (postižení buněk v Cortiho orgánu vnitřního ucha nebo sluchovém nervu), centrální postižení (následek poškození některé z oblastí CNS)*
- *Téměř úplná ztráta sluchu, zbytky sluchu, těžká nedoslýchavost*

VADY SLUCHU U DĚTÍ

- *Nedoslýchavé dítě:* je schopno využít sluchadel, pokud jsou mu sluchadla přidělena včas a pokud je okamžitě zahájen speciálně pedagogický program, obvykle se u dítěte docela dobře rozvine mluvená řeč. Diagnostickým problémem je lehká nedoslýchavost, která uniká pozornosti rodičů.
- *Neslyšící děti:* jsou děti, které se hluché narodily, či ohluchly ještě před tím, než u nich došlo k rozvoji řeči. Překonání informační bariéry a vybudování řeči jsou pro ně velkým problémem, vzhledem k chybějící kontrole je jejich řeč silně zkreslená, má pomalé tempo, nepřirozenou melodii a rytmus.
- *Ohluchlé děti:* mají na rozdíl od prelingválně neslyšících dobře rozvinutou řeč, jejich výslovnost se zhoršuje v závislosti na době, která uplynula od ohluchnutí, orientují se odezíráním.

VÝVOJ NESLYŠÍCÍHO DÍTĚTE

- Schopnost slyšet se během celého prvního roku v interakci s prostředím teprve vyvíjí.
- Neslyšící kojenec si brouká a žvatlá, ale jeho žvatlání mezi 17. a 26. týdnem ustává, protože neslyší svůj vlastní hlas.
- Slyšící dítě reaguje hlavně na náhlé a silné zvuky, kterých se leká.
- Po půl roce začíná slyšící dítě reagovat na rostoucí počet tichých i velmi tichých zvuků a otáčí hlavičku nebo celé tělo a pátrá, odkud zvuk přichází.
- Mezi 9. a 10. měsícem se objevuje reakce na výzvu.
- V době, kdy začínají slyšící děti skládat první slůvka, mají obrovskou zkušenost s posloucháním správné výslovnosti a gramatického systému jazyka.
- Sluchově postižené dítě se začne od dítěte slyšícího nápadněji odlišovat, když se snaží komunikovat.
- Komunikační bariéra je interpersonální.

INTERVENCE A PODMÍNKY PRO VYTVOŘENÍ ŘEČI

- časně odhalení sluchové vady (neurolog nebo i psycholog při vyšetření zhodnocení vývoje)
- využití zbytku sluchu za podpory správně seřazeného sluchadla
- kvalitní péče rodiny a školy
- úroveň IQ (vyšetření je obtížné, mohou se opírat pouze o zrakové podněty, pokud nemůže přijít s tlumočnickem; inspirace vývojovými zkouškami – manipulační (kostky), barevné Ravenovy matice, SON-R, Stanford-Binet, Kaufmannův inteligenční test ABC)
- pozn.: často slyší celý život nepřijemný šum → vyčerpanost, vliv na stres; tinitus – pískání v uchu (lékařská péče, psychoterapie – z dlouhodobého hlediska vliv na životní spokojenost, naučit se habutovat na zvuk či protipodmiňovat ho)

PREVENCE

- ! zásada včasnosti: Rozpoznání funkce sluchových center (sluch už u matky v břiše), po narození nehledá zdroj zvuku, otoemise (pusť se proud do ucha a sleduj se reakce dítěte), někdy ve středouší stále plodová voda
- Často budí dojem, že např. slyší i když nedoslýchá (ale naučí se reagovat na nás, naše pohyby, úsměv atd.)

PSYCHOLOGICKÁ CHARAKTERISTIKA

- Důsledky závislé na závažnosti, na době vzniku, včasném diagnostikování, péči
- Nedostatek sluch. podnětů ovlivňuje zrání frontální kůry – důležitá pro učení, plánování a **rozvoj exekutivních funkcí** (obtíže v exekutivě – méně výkonná pracovní paměť, problém s inhibicí nežádoucího chování...)
- Potíže v oblasti jazyka a řeči, sekundárně narušení komunikace a omezené poznávání
- Nejzávažnější důsledek prelingválního sp je **komunikační a informační bariéra**

- Omezené či narušené zvládání jazyka vede k omezení přísunu info určitého druhu – deformace vývoje myšlení – je více **vázáno na konkrétní realitu**
- Děti se závažným sp nevěnují dostatečnou pozornost vzájemným souvislostem a vztahům mezi dílčími poznatky, jednotlivé info nedovedou využít v jiné situaci
- Vázanost na aktuální děti se projevuje nechutí a obtížemi v plánování
- Rozvoj logických operací je pomalejší, pojmové myšlení se vyvíjí obtížněji
- Narušeno vnímání času, porozumění systému řazení
- Informační bariéra – náhradním zdrojem poznatků může být čtení – ale zábranou může být omezený rozvoj jazyka, omezená slovní zásoba (resp. nedostatečná významná diferenciací některých pojmů) – potíže v porozumění smyslu textu

MYŠLENÍ

- více vázáno na konkrétní realitu
- specifické a intenzivní uplatňování názornosti (na tom staví konkrétní myšlení)
- je těžké dosáhnout stupně porozumění, aby bylo možné abstrahovat
- obtíže v plánování, uvažování o budoucnosti, ale i v bilancování (zhodnocování minulé zkušenosti)
- rozvoj logických operací bývá pomalejší, pojmové myšlení se vyvíjí obtížněji
- vytváření informační bariéry (nejde odstranit ani čtením, jelikož není porozumění obsahu slov a vět)
- Myšlení souvisí s vnitřní řečí (otázkou, zda se vyvíjí; sekundární proud myšlení dle Becka; pravděpodobně se plně nerozvíjí, neslyšící se pak nemůže uklidňovat, přemýšlet si v souvislostech), stádium stálosti objektu (8.-9. m) je posunutě nebo to nevidí, sériové (krok za krokem) zpracování informací, zpracování u zdravých jedinců

SOCIALIZACE

- **Obtíže v sociální interakci** – bývají snáze dezorientováni, protože nemusí všemu rozumět a mohou pak reagovat nepřiměřeně, těžko chápou významy určitých situací, nevyznají se v mezilidských vztazích
- Lidé s prelingválním sp mohou mít problémy s **regulací vlastního chování** – schopnost sebeovládání se běžně rozvíjí podporou verbálně sdělených požadavků a s vysvětlením důvodů
- SP samo o sobě nevede k rozvoji poruch chování – ty jsou důsledkem narušení vývoje jazyka a s tím souvisejících potíží
- Nápadnosti v chování, neschopnost jednat očekávaným způsobem a ovládat své projevy = překážka sociální adaptace
- Mají sklon jednat impulzivně, bývají koncentrovaní na vlastní aktuální uspokojení, patrně jsou menší zábrany a sklon k afektivním výbuchům
- Jde o společensky stigmatizující onemocnění, obtíže v dorozumění s příslušníky majoritní společnosti komplikuje začlenění do společnosti

NEUROTICKÉ PROJEVY A PORUCHY CHOVÁNÍ

- Všechny neslyšící děti jsou ve svém citovém vývoji výrazně ohroženy.
- Jsou prakticky trvale vystaveny podnětové deprivaci.
- Častěji u nich dochází k citové deprivaci a vztah rodič-dítě je podroben větší zátěži.
- Mají v anamnéze vyšší počet perinatálních traumat a mozkových dysfunkcí.
- Prožívají příliš často a opakované zklamání, protože nejsou schopny splnit nároky vychovatelů.
- Jsou obvykle ve stresu, pokud musí odezírat a komunikovat slovně.
- Výskyt neurotických příznaků a poruch chování je u neslyšících dětí signifikantně vyšší než u běžné populace školního nebo adolescentního věku.

KOCHLEÁRNÍ IMPLÁNTÁTY U DĚTÍ

- Je určen dětem, kterým nestačí naslouchadla.
- Svazek elektrod zavedený chirurgem do hlemýždě vnitřního ucha. Nahrazuje poškozené vláskové buňky hlemýždě.
- Výsledky psychologického vyšetření by měly poskytovat záruku, že dítě implantát využije.
- Jeho mentální schopnosti musí být minimálně na takové úrovni, aby mohlo spolupracovat při programování řečového procesoru a implantát se tak mohl stát funkčním.

VZDĚLÁNÍ A VÝCHOVA SLUCHOVĚ POSTIŽENÝCH

- Hlavním důsledkem sluchového postižení je opožděný nebo nedostatečný rozvoj řeči, verbálních schopností vůbec a s tím spojeného abstraktního myšlení.
- Základním cílem výchovy a vzdělání neslyšícího dítěte by měla být gramotnost – schopnost číst a psát.
- Důležitými faktory, ovlivňujícími rozvoj řeči sluchově postižených, jsou hloubka poruchy, úroveň obecné inteligence, včasnost zjištění vady, kvalita rehabilitace ze strany profesionálů i rodiny a přítomnost dalších vad.
- Začlenění sluchově postižených dětí do běžné mateřské a základní školy v místě bydliště je jistě přáním mnoha rodičů a počet dětí vzdělávaných touto formou se zvyšuje.

ZÁSADY KOMUNIKACE S NESLYŠÍCÍMI

- Navážeme zrakový kontakt a sdělíme téma hovoru.
- Každého člověka se sluchovým postižením se zeptáme, zda chce mluvit, odezírat, psát, nebo používat znakový jazyk.
- Vždy oslovujeme přímo člověka, se kterým jednáme, nikoliv jeho doprovod (tlumočník).
- Občas požádáme, aby nám člověk se sluchovým postižením svými slovy sdělil, co nám rozuměl.
- Při neúspěšné komunikaci máme na paměti, že jde o důsledek sluchového postižení.
- Dáme prostor neslyšícímu vstřebat informace, zeptat se na doplňující otázky.
- Při odchodu dejme neslyšícímu písemné sdělení o tom, co jsme projednávali.

HLUCHOSLEPOTA

- Hluchoslepota je jedinečné postižení dané různým stupněm souběžného poškození zraku a sluchu.
- Způsobuje především potíže při komunikaci, prostorové orientaci a samostatném pohybu, sebeobsluze a přístupu k informacím.
- Zabraňuje člověku plnohodnotně se zapojit do společnosti a vyžaduje zajištění odborných služeb, kompenzačních pomůcek a úpravy prostředí.
- **Formy:**
 - o První formou je vrozená hluchoslepota, ta je ze tří čtvrtin způsobena napadením plodu virovou infekcí, nejčastěji se jedná o zarděnky.
 - o Druhá forma, geneticky podmíněná hluchoslepota, je většinou diagnostikována jako Usherův syndrom. Jedná se o vrozenou poruchu sluchu a postupnou ztrátu zraku během dospívání.
 - o Třetí formou hluchoslepoty je hluchoslepota jako následek procesu stárnutí.

KOMUNIKACE S POSTIŽENÝM

- Komunikace s hluchoslepým člověkem závisí na rozsahu postižení.
- Hluchoslepí s nižším stupněm postižení mohou za použití sluchadel používat mluvenou řeč.
- Znaková řeč. Taktilní znakový jazyk. Prstová abeceda. Braillovo písmo.
- Daktylografika: tiskací písmena do dlaně.
- Lormova abeceda: dotyková abeceda, mluvčí vyznačuje jednotlivá písmena dotykem do dlaně a na prsty ruky příjemce.

ŘEČOVÉ POSTIŽENÍ

CHARAKTERISTIKA

Narušený a opožděný vývoj řeči

- diagnostika – nutno vyloučit: sluchovou vadu (Gesellovy zkoušky), zrakovou vadu, poruchu intelektu (lze diagnostikovat pouze u lehké MR), autismus, vady mluvidel (rozštěpy), akustickou dysgnozii
- dysfázie – hlavním příznakem je opoždění řeči (1. dysfázie, 2. těžká dysfázie, 3. nemluvnost), dle MKN-10 (expresivní a receptivní)
- afázie – získaná porucha (diagnostika: Minnesotský test pro dif. diagnostiku afázie, screeningový test afázie (Halstead-Wepman), Token test)

Narušení článkování řeči

- dyslálie (patlavost)
- dysartrie (porucha artikulace řeči)
- Narušení zvuku řeči
- rhinolálie (huhňavost)

Narušení plynulosti řeči

- balbuties (kóktavost)
- brebtavost (tumultus sermonis)

- mutismus – psychogenně podmíněné (situační, autistický – s autismem, elektivní, tranzitní – přechodná nemluvnost, traumatický, totální, neurotický, reaktivní, persistentní – min. 6 týdnů, psychotický)

PSYCHOLOGICKÁ CHARAKTERISTIKA

- V závislosti na typu mohou vést poruchy řeči k narušení **kognitivních funkcí a socializace**
- PŘ se projevují obtíže v komunikaci i v celkové sociální adaptaci
- Problémy s porozuměním, vyjadřováním – prožívány jako frustrující
- Komunikace se může stát zdrojem stresu, zdrojem snížené sebedůvěry, životních aspirací
- Laická veřejnost se často domnívá, že kdyby jedinci s PŘ chtěli, dokázali by mluvit lépe
- Obavy ze ztrapnění mohou vést až k **logofobii**
- Nedostatek v porozumění verbálnímu sdělení i omezení mluvního projevu limituje rozvoj poznávacích procesů, člověk s PŘ může působit jako jedinec s omezenou inteligencí – i kdyby byl schopen uvažovat adekvátním způsobem, nemohou se jeho kompetence plně projevit
- Bývají ve společnosti hůře hodnoceni – mluvní projev je nápadný, upoutává nežádoucí pozornost, posměch

POHYBOVÉ POSTIŽENÍ

CHARAKTERISTIKA

- **meningokéla** – rozštěp páteře, po dětské mozkové obrně 2. nejčastější postižení - viz obrázek (vede k částečnému až úplnému ochrnutí, 2. nejčastější hned po mozkové obrně)
- **progresivní svalová dystrofie** – příčiny hormonálního a metabolického charakteru, dítě se narodí zdravé, vazivo se potom mění v tkáň s tukem – postupné ochrnutí, pouze u chlapců, dívky jsou přenašečky
- **odchylky od normálního tvaru těla a končetin** (deformity, abnormity, anomálie), např. amélie (chybějící končetiny), dysmélie (nedokonale vyvinuté) (dále: arachnodactylie-okrajové části těla příliš dlouhé, prsty-Marfanův syndrom, syndactylie, polydactylie-zmnožení prstů..), luxace kloubů (končetina nepřiléhá, snížená hybnost), nižší stupeň subluxace
- **Paralýza** - ochrnutí/obrna z nejrůznějších příčin, organické i funkční
- **Paréza** – na různých úrovních postižena CNS, částečné ochrnutí
- **Plegie** - na různých úrovních postižena CNS, celkové ochrnutí
- **Paraparéza (=diparéza)** – částečné ochrnutí dolní/horní poloviny těla, chůze s kompenzačními pomůckami
- **Hemiplegie** – postižení poloviny těla
- **Paraplegie** – ochrnutí dolní/horní části těla např. nedokrvováním, porucha míchy, nechodí vůbec
- **Kvadruplegie** – od 4. obrátle, ochrnutí všechny končetiny

PROBLÉMY

- Omezení motoriky u dítěte:
 - včasná rehabilitace:
 - **Vojtova metoda** – cílené polohování/pohybové úkony – předpokládá se, že pro dítě je přirozený např. pohyb vpřed, zamezení špatným polohám a motorickým vzorcům, působení na svalové skupiny; preventivně u nedonošenců; cvičení od raného věku
 - v 50. letech – Václav Vojta
 - **Bobathova metoda** – vychází z toho, že patologickým vzorcům se dá předcházet, ještě než se objeví, dítě dělá úkony, které chce, cvičí se úkony důležité pro praktický život – držení předmětů, jezení, oblékání, koordinace odborníků – na úkonu, který se stanoví v dialogu s dítětem, pracují odborníci (fyzioterapeut, ergoterapeut-jemná motorika, logoterapeut...); na rozdíl od Vojtovy nevychází z postupného vývoje dítěte, ale z toho, co si žádá CNS (př. dítě může dříve lézt než se plazit); důraz na autonomii dítěte
 - podporování maximální samostatnosti u obou metod - zkvalitňování sociálních a zdravotních služeb
- Utváření osobnosti dítěte:
 - **Odlíšnost** od svého okolí - ohrožení sebepojetí a sebehodnocení – vlivem nedostatečného uspokojování základních psychických potřeb – je důležitá **akceptace** postižení (práce s hodnotami, postoji, přístupem veřejnosti)

- na to navázala WHO – upozornila na somatický rozměr tohoto postižení, je potřeba tyto lidi pochopit a uznat a vytvořit jim podmínky, aby mohli své kvality ukázat
- Problémy s výchovou a vzděláním:
 - vhodná integrace, individuální přístup, spolupráce rodiny, školy a odborníků

PSYCHOLOGICKÁ CHARAKTERISTIKA

- PP je příčinou omezení samostatnosti a zábranou pro získání některých zkušeností. Významným faktorem je rozsah a závažnost.
- Hybnost DK – důležitá pro samostatnou lokomoci, která umožňuje odpoutání ze závislosti na jiných
- Hybnost HK – významná pro sebeobsluhu, pro aktivní kontakt s okolím, pro vyjadřování citového vztahu
- PP vzniklé v dětství omezuje množství i kvalitu podnětů
- Redukce nezávislosti (může vést k posílení hostility, vztahovačnosti, pocitům bezmocnosti)
- pokud člověk zažil v kontaktu s druhými nějaké potíže, bude mít tendenci se takovým situacím vyhýbat – zvýšení rizika sociální izolace
- Viditelná tělesná deformace může představovat větší psychickou zátěž než postižení hybnosti – vliv na sebehodnocení, estetický handicap
- Sociální znevýhodnění – okolí má od takového člověka jiná, reps. nižší očekávání

INTELEKTOVÉ POSTIŽENÍ

Viz otázka č. 13

PSYCHOLOGICKÁ CHARAKTERISTIKA

- Typickým znakem je omezenější zvědavost a preference podnětového stereotypu
- Neschopnost nahlédnu se projevuje sníženou kritičností a snazší ovlivnitelností
- Mohou být zvýšeně dráždiví, někdy přítomna větší pohotovost k afektivním výbuchům, mrzutosti
- Často sebepoškozování, agrese, snížená schopnost sebeovládání
- Problematické chování může být důsledkem neschopnosti vyjádřit své aktuální pocity, aktivity jako bušení hlavou do zdi, křik, sebepoškozování slouží ke komunikaci s okolím
- Autostimulace může sloužit jako náhradní zdroj podnětů, mechanismus uvolnění napětí
- Mohou být obětmi trestných činů (nekritičnost, zvýšená sugestibilita)
- Sebepojetí nemusí odpovídat realitě, bývá nekritické a ovládané emocionální (omezená soudnost – závislí na názorech druhých, které přijímají jako danost)
- Stigmatizující onemocnění

GENETICKÉ POSTIŽENÍ

- Nejčastějším psychologickým problémem je problematika viny a odpovědnosti rodičů za přenos nepříznivé vlohy na dítě.
- Setkáváme se zde také s projekcí pocitu viny na ostatní členy rodiny či na zdravotní personál.
- Vzájemné obviňování v rodině.
- Pocity viny vedou k projevům hyperprotektivity, či odmítání dítěte.

DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA (DMO)= CENTRÁLNÍ KOORDINAČNÍ PORUCHA (CKP)

- DMO (CKP) je porucha mozku vedoucí k závažnému postižení hybného vývoje.
- Nejčastější příčinou jsou vrozené vývojové vady mozku nebo jeho prenatální, perinatální, postnatální poškození.
- K DMO (CKP) se často přidružuje i postižení smyslové, mentální retardace, specifické poruchy učení, poruchy řeči).

4 základní druhy DMO:

- Forma **hypertonická** (spastická): nejčastější, kvadruparézy (postižení všech končetin), hemiparézy (ochrnutí poloviny těla).
- Forma **dyskinetická** (adenoidní): mimovolní pohyby, svalový tonus je kolísavý, malé postižení intelektových schopností, spíše těžká pohybová postižení.

- Forma **ataktická** (mozečková): vzácnější forma, narušena pohybová koordinace a rovnováha, hrubší třes v rukou v jemnější motorice, těžké postižení intelektu.
- Forma **hypotonická**: z hlediska kognitivního vývoje nejhorší prognóza, těžké stupně mentální retardace.

PROGNÓZA, VÝVOJ A RODINNÝ KONTEXT

- Toto postižení ovlivňuje rovněž emoční a vztahový vývoj dítěte.
- Abnormální svalový tonus má vliv na úroveň aktivity, vede k omezení množství úsměvů a mimických výrazů (emocí obecně).
- Vzniká malá srozumitelnost dítěte pro rodiče.
- Nezbytné jsou pravidelné návštěvy lékařů, nutností je pravidelná rehabilitace (Vojtova metoda).
- Vždy je nutně narušen proces separace-individuace. Tyto děti zůstávají dlouho těsně závislé na rodičích.
- Výuka dětí s DMO (CKP) probíhá na speciálních školách, ale stále častěji jsou tyto děti integrovány do mateřských, základních nebo praktických škol běžného typu.

EPILEPSIE

- Epilepsie **primární** (vrozená): nejrůznější nepříznivé vlivy prostředí během nitroděložního vývoje. Existují i dědičné syndromy, kde součástí klinického obrazu jsou epileptické záchvaty.
- Epilepsie **sekundární** (získaná): příčiny jsou nejčastěji úrazy, dále blokády páteře - krčních obratlů (uskřínutí plotének), nádory a cévní malformace a také infekce.
- **projevy:**
 - o Opakované záchvatovitě příznaky, ztráta vědomí, amnézie.
 - o Doprovodné příznaky: poruchy chování, učení, narušení intelektových schopností (mentální retardace), časté jsou poruchy řeči, paměti, motoriky, vizuomotoriky a vizuoprostorových funkcí, poruchy pozornosti, hyperaktivita.
 - o K trvalému kognitivnímu postižení může docházet vlivem opakovaných záchvatů nebo díky brání léků (dlouhodobé).
 - o Řada poruch psychických funkcí je však přechodných či reverzibilních.
 - o Tyto přechodné poruchy lze rozdělit na poruchy preiktální (počínající vlastní záchvat), iktální (opakované časté i když drobné záchvaty) a postiktální (únava po paroxysmech).

PROGNÓZA: ŠKOLA A SOCIÁLNÍ KONTEXT

- Děti s epilepsií podávají ve škole nižší výkony, než by odpovídalo jejich mentální kapacitě.
- Na prospěchových problémech těchto dětí se podílejí vlivy organické (poruchy pozornosti, senzomotorické, percepční i řečové poruchy), děti s epilepsií celkově také trpí přidruženými emočními poruchami a poruchami chování.
- Závažným diagnostickým a terapeutickým problémem je i relativně častý problém tzv. psychoepilepsie: rozvoj funkčních záchvatů u dětí s problematickým rodinným zázemím.
- V případě nepříznivého vývoje nemoci dochází u temporálních epilepsií někdy až k rozvoji přechodné organické schizofreniformní psychózy (akutní psychotická porucha, jejíž psychotické symptomy jsou stabilní a opravňují k diagnóze schizofrenie, ale trvají méně než jeden měsíc).

DRUHY EPILEPTICKÝCH ZÁCHVATŮ

- o Jednoduché parciální záchvaty: záchvat postihuje jen určité ložisko mozku, dočasná porucha postižené oblasti (hmat, sluch, zrak, myšlení...) Vědomí není narušeno.
- o Komplexní parciální záchvaty: záchvat postihuje širší oblasti mozku, projevuje se automatickými pohyby od jednoduchých (mrkání, mlaskání) až po složité (chůze). Vědomí bývá narušené a bývá porucha paměti.
- o Generalizovaný záchvat bez křečí: záchvat postihující celý mozek, projevuje se náhlou a krátkou poruchou vědomí, strnulým pohledem a přerušením práce (jiné činnosti). Po odeznění se vědomí téměř okamžitě vrací do normálu a člověk ani nemusí vědět, že k něčemu došlo (i když to většinou ví, jen neví co se dělo).
- o Generalizovaný záchvat s křečemi: jde o křeče a výpadek vědomí, trvá několik minut a pak ještě několik minut (až hodin) trvá, než se člověk dostane zpět do normálu.
- o Některé epi záchvaty doprovází pocit „déjà vu“ (pocit jednou zažitého) nebo „jamais vu“ (pocit cizoty). Na záchvaty je amnézie.

INVALIDITA

- Invalidita = ztráta či snížení pracovní schopnosti
- Možnost realizovat se v pracovní činnosti je důležitá součást života (seberealizace, smysluplné trávení času, finanční prostředky apod.)
- Pokud duševní/tělesný stav člověka omezuje schopnost a možnost pracovat, je lékařem uznán jako dočasně práce neschopný.
- Dojde-li k dlouhodobému snížení pracovní schopnosti, je možné uvažovat o přiznání invalidního důchodu
- Česká právní norma rozeznává tři stupně invalidity podle míry poklesu pracovní schopnosti při výdělečné činnosti:
 1. stupeň – o 35–49%
 2. stupeň – o 50–69%
 3. stupeň – o více než 70%

DOPADY NEUROTIZACE NA OSOBNOSTNÍ ROZVOJ

- Úzkost se může stát malaadaptivní a bude navozovat neúčelné jednání.
 - lidé reagují i na běžné situace jako na ohrožení
 - Aktivizace se stává nepřiměřenou a zbytečnou. Sklon k úzkostnému reagování je ovlivnitelná učením.
- Může se vytvořit sekundární strach z úzkosti
 - lidé žijí v trvalém napětí, nedokáží se uvolnit,
 - bývají dráždiví, přecitlivělí, často trpí depresemi, pocity beznaděje,
 - nemocný má náhled na situaci (uvědomuje si, že jeho reakce jsou nepřiměřené, ale nedokáže je ovládat)
- myšlení je emocionálně deformováno
- objevuje se anticipační úzkost
- hodnocení skutečnosti se může stát nepřesné a nesprávné
- uvažování nemocného ovlivňuje negativní očekávání
- může je zatížit také představa vlastní neschopnosti
- převažuje pesimistické hodnocení, anticipace nepříznivého průběhu budoucího dění
- horší sebehodnocení a nízké sebevědomí
- trpí pocity méněcennosti a nepřiměřenými obavami z kritiky
- úzkost spojená s napětím narušuje koncentraci pozornost i paměťové funkce a reálně zhoršuje jejich výkony

ZMĚNY CHOVÁNÍ

- neklid a neschopnost uvolnit se
- tendence a akcentovaným reakcím i na běžné podněty
- neschopnost regulovat a ovládat své chování
- výsledkem jsou neúčelné a nesmyslné projevy (př. náhlý útěk, ztráta schopnosti nějak reagovat)
- může vést i celkové inhibici
- tendence k izolaci, vyhýbání se různým situacím i kontaktu s lidmi, které se mu jeví ohrožující
 - obrana je aktuálně účinná, ale člověka celkově omezuje
 - vyhýbavé chování nemá efektivitu a nevede k podstatnější redukci nepříjemných pocitů
- Jejich chování může být natolik nepříjemné, že bude vyvolávat negativní odezvu

Tělesné příznaky: necítí se dobře, poruchy spánku a únava, bušení srdce, třes, zvýšeným pocením, závratě, dýchací a zažívací potížemi

3. PSYCHOSOMATICKÉ HNUTÍ

„Centrální teze u psychosomatických onemocnění zní: mnoho našich tělesných a psychických chorob vzniká, když se na delší dobu odmlčíme a nerealizujeme náš život v řeči a vztazích. O čem není možno mluvit, tím se musí onemocnět!“ Gerhard Danzer

PSYCHOSOMATICKÁ PROBLEMATIKA

- Manifestace psychosociálních obtíží do tělesných příznaků – podílejí se na patogenezi, průběhu i léčbě somatického onemocnění
- Každý člověk představuje jednotu psychického a somatického se svým prostředím.
- Předmětem psychosomatiky jsou takové somatické poruchy a choroby, u nichž se psychosociální faktory výrazněji uplatňují v etiopatogenezi a průběhu či prevenci onemocnění.
- Mezi psychosomatická onemocnění zařazujeme také choroby vzniklé z důvodu nevhodného životního stylu.
- Psychosomatickou příčinu onemocnění lze vystopovat u *celé třetiny pacientů*, kteří vyhledají pomoc lékaře. Než se jim dostane odborné psychotherapeutické pomoci, vystřídají zbytečně v průměru 12 lékařů během 7 let – důvody jsou na obou stranách: neznalost až odmítání psychické podmíněnosti symptomů na straně lékařů, předsudky, stud a přání se rychle uzdravit na straně pacientů (Poněšický)

HISTORIE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY

- Slovo psychosomatika poprvé použil **Heinroth v roce 1818**.
- **Jakobi (1828)** doplňuje termín somatopsychický.
- Vzniká na půdě psychoanalýzy.
- Psychosomatické hnutí bylo iniciováno maďarským psychiatrem F. **Alexandrem**, který se posléze přemístil do USA, kde ve **20. letech vytvořil psychosomatickou školu**
- Příznaky (symptomy) do syndromů (Sydenham):
 - **patognomické** – společné pro celou skupinu nemocných, charakteristické pro určitou chorobu (z řec. pathos cit, utrpení, nemoc a gnosis poznání);
 - **idiosynkratické** – významné pouze u jednotlivých pacientů, charakteristické pro ně (z řec. idios vlastní a synkrisis směs tekutin).

SYMPTOMY / SYNDROMY (SYDENHAM)

- **Patognomické** – (objektivní) společné pro celou skupinu nemocných, charakteristické pro určitou nemoc
- **Idiosynkratické** – pouze pro jednotlivé pacienty

JEDNOTLIVÉ PSYCHOSOMATICKÉ KONCEPCE

1. SPECIFICKÉ

= teorie specifických nevědomých konfliktů a teorie specifických změn emocí

POJETÍ INTRAPSYCHICKÉHO KONFLIKTU

- předpoklad existence určitého (specifického) konfliktu vedoucího k onemocnění
- Psychický konflikt pochází často z dětství
- Konflikt může být potlačen, projevit se neurotickým příznakem, vést k poruše vnitřních orgánů

PŘÍSTUP F. ALEXANDRA = CHICAGSKÁ SEDMA

- | | |
|--------------------------|---------------------|
| 1) Průduškové astma | 5) Hypertyreóza |
| 2) Revmatická artritida | 6) Žaludeční vřed |
| 3) Ulcerózní kolitida | 7) Neurodermatitida |
| 4) Esenciální hypertenze | |

Teorie psychogeneze: intrapsychické konflikty mezi sebeprosazením (agresí) a potřebou péče (únikem) vedou přes aktivaci veg. nerv. systému k orgánové dysfunkci

PŘÍSTUP FLANDERS DUNBAROVÉ

Osobnostní profil. Zjistila, že se skupiny výrazně liší, např. v RODINNÝCH a OSOBNÍCH ANAMNÉZÁCH, pro každou skupinu zavedla vystihující OSOBNÍ PROFIL (př. pro koronární osobnost je typické nutkavé úsilí, pilná práce apod.). Kritika – výsledky se při ověřování nepotvrdily

Zabývala se čtyřmi skupinami nemocných:

- | | |
|---------------------------------|----------------------------|
| 1. Časté zlomeniny. | 3. Revmatoidní onemocnění. |
| 2. Kardiovaskulární onemocnění. | 4. Diabetes. |

Celkově se jedná:

- *Specifický konflikt*
- *Individuální zranitelnost konfigurace orgánu*
- *Vzniklé onemocnění*

2. HRANIČNÍ

= nedá se rozhodnout, zda jsou ne/specifické

ALEXITHYMIE

- beze slov pro pocity“, Peter **Sifneos** vymezil následující příznaky: redukováná introspektivní kapacita, neschopnost učit se novému emočnímu chování, ochuzená fantazie, omezená afektivní zkušenost, schizoidní interpersonální vztahy.

OPERAČNÍ MYŠLENÍ

- Myšlení pacientů je operativní (= přeceňuje realitu a potlačuje fantazie)
- Psychosomatický příznak, na rozdíl od neurotického, nemá symbolický význam
- Tělesné příznaky psychosomatického onemocnění = psychofyzilogická porucha
- Pacienti potlačují fantazii a přeceňují realitu, což je mechanismus obrany. Myšlení nemocných je tak operativní.
- Operační myšlení – **Pinociův syndrom** – nadmíra užívání racionalizací, vyhýbání se emočním vlivům apod.

3. NESPECIFICKÉ

= příkládají kauzální význam působení různých zátěžových situací, především psychosociální zátěži.

TEORIE KONSTITUČNÍ ZRANITELNOSTI

- Podle této teorie nejvíce zranitelný orgán (geneticky predisponovaný) začne špatně fungovat, nebo dokonce dochází k jeho organickému poškození jako reakci na zátěžovou situaci
- „řekni mně, jaké jseš, já ti řeknu, jaké budeš, až onemocníš“
- vychází z **Kretschmerovy** teorie temperamentu vč. Onemocnění (nyní je psychosomaticky pojímána i obezita a PPP)

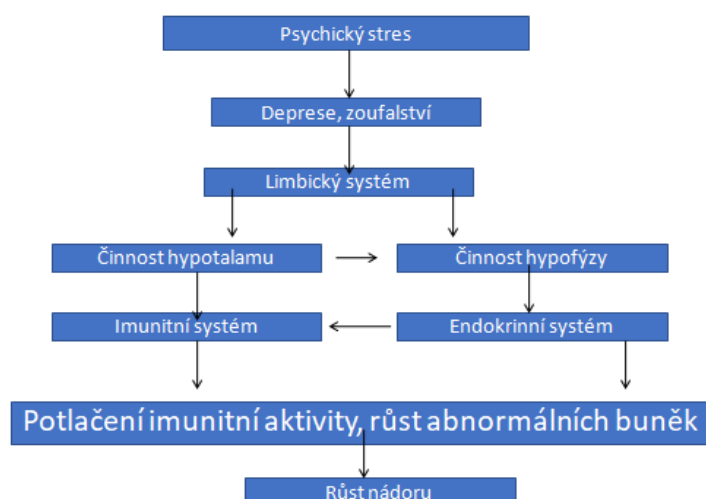
TEORIE UČENÍ ORGÁNOVÉ ODPOVĚDI

- Hlavní příčinou poškození orgánu je specifická reakce orgánu na emoční stimulaci a že tato reakce je naučená (určitý orgán např. srdce reprezentuje důležitou osobu nebo její aspekt např. matku – pokud dojde ke konfliktní či odlukové situaci = srdeční obtíže)

TEORIE VEGETATIVNÍHO UČENÍ

- Nový podnět → spouští fyziologickou reakci mechanismem procesu učení → tyto naučené emoční odpovědi jsou velmi rezistentní → a mají svůj korelát v chování → a to může být ovlivněno
- Představuje přechod ke koncepcím behaviorální medicíny

TEORIE STRESU (SIMONTOVA TEORIE STRESU A DEPRESE)



HYPOTÉZA O STYLU CHOVÁNÍ A

- Hypotéza o stylu chování A – **Friedmann a Rosenman**
- Jedinci vykazující chování typu A mají předpoklady k rozvoji *ischemické choroby srdeční a jejím komplikacím*
- Typ chování A je **behaviorální syndrom** neboli styl života, nejedná se o rys osobnosti
- Jde převážně o naučené chování
- Chování typu A je **charakterizováno**: soutěživostí, touhou po ocenění, agresivitou, netrpělivostí, zvýšenou psychomotorickou aktivitou, napětím v obličejovém svalstvu, nedostatkem času → zvýšené psychomotorické tempo
- Vykazují i nutkové prvky chování, aktivní, časová tíseň, konflikty → chronické napětí a úzkost → ischemická choroba srdeční a esenciální hypertenze

KORTIKOVISCERÁLNÍ TEORIE

- Vypracoval **Bykov a Kurcin** z leningradské školy; Vychází z učení I. P. Pavlova o podmíněných reflexech
- Psychofyziologicky orientovaná koncepce psychosomatiky. Prokázali vzájemné vztahy mezi vyšší nervovou činností a somatickými a vegetativními funkcemi organismu, činnost vnitřních orgánů je řízena mozkovou kůrou. *Patogenními faktory kortikoviscerálních onemocnění jsou především dlouhotrvající intenzivní emoce, zejména záporné (smutek, úzkost, strach).*

NAUČENÁ BEZMOCNOST

- **Seligman**: pokusy s krysami: naučí se, že není schopno kontrolovat averzivní podnět (v tomto případě vyhnutí se elektrickému šoku) a upadá do stavu beznaděje, bezmoci a cítí se demotivováno
- vliv na vznik deprese, souvislost s LOC, rizikové pro vznik nádorů a infarktů

TEORIE ŽIVOTNÍCH UDÁLOSTÍ

- **Holmes a Rahe (1967)**: rozpracovali vztah mezi životními událostmi a vznikem nemocí
- **Životní události (life events)** = (většinou) neočekávané závažné změny v životě jedince, které od něj vyžadují zvýšené úsilí a značnou adaptaci
- **Pestrá škála situací**: ztráta partnera, rozvod, nezaměstnanost, ztráta majetku, vězení a další (vytvořili dotazník, každá životní událost bodově ohodnocená)
- **Vnitřní zdroje (ochrana)**:
 - o **Koncept hardiness (Kobasová)**
 - o Personal competence

LOCUS OF CONTROL

- **J. Rotter (1966)**. Základní charakteristika odolnosti vůči nepříznivým podmínkám.
- Osoby s **vnějším místem kontroly** jsou přesvědčeny, že jejich život je určován především vnějšími okolnostmi a sami nemají na jeho vývoj významnější vliv.

- Osoby s **vnitřním místem kontroly** věří, že mají vlastní život pevně v rukou – vše závisí na jejich úsilí, aktivitě, schopnostech.
- V řadě studií bylo prokázáno, že toto přesvědčení (vnější – vnitřní) je v čase stabilní.
- Vnitřní LOC spíš jdou cestou vagového podráždění, vnější LOC jdou spíše cestou sympatiku

PSYCHOSOMATIKA – PSYCHOANALÝZA

- Hlavně na psychoanalýze ve svých počátcích stálo psychosomatické hnutí
- Tvorba příznaku je obranným mechanismem
- Konverze (např. funkční obrna, jiné postižení tělesné činnosti) závisí na emočním hnutí.
- Metaforicky jde o symbolickou řeč orgánů

KONVERZE

- Funkční obrna v závislosti na emočním hnutí, symbolická řeč orgánů
- Převedení duševního napětí do tělesné oblasti, např. trvalý stres se projeví jako „škubání oka“

REGRESE

- Intrapsychický konflikt → infantilní reakce / vulnerabilita orgánů (astmatický záchvat symbolizuje pláč)

TEORIE DESOMATIZACE A RESOMATIZACE (SCHUR)

- Založeno na vztahu mezi tělesným zráním a utvářením Já
- Procesy psychobiologického zrání je spojené s postupným procesem **desomatizování** (podněty jsou více zpracovávány na psychické úrovni a somaticko-vegetativní zpracování ustupuje do pozadí)
- Pokud vlivy či podněty jsou velmi náročné může dojít k **resomatizaci** tj. regresi na úroveň somatických reakcí. Já není schopno poskytnout adekvátní způsoby zpracování podnětů a přichází rozvinutí psychosomatické reakce

MITSCHERLICHŮV KONCEPT DVOJFÁZOVÉHO VYTĚSNĚNÍ

- Psychosomatické onemocnění je spojené s přítomností neurózy
- Jádro je v **patogenním pudovém konfliktu**, který může promítnout do psychoneurotické symptomatologie nebo k autoplastickým změnám orgánů. Také závisí na zralosti struktury Já.
- Při akutních krizových reakcích dochází ke selhání psychických instancí a dochází k regresi na úroveň biologické inteligence.
- **Dvofázové vytěsnění:**
 - **První fáze:** na zvládnutí vnitřního či vnějšího požadavku nastupuje obrana, která může vést k neurotické symptomatologie a dochází k omezení vlastního já
 - **Druhá fáze:** pokud reaktivně omezené struktury Já nedokáží dále přijímat přetrvávající zátěž, tak dochází k přesunutí obran do tělesné sféry – vytvoření tělesného symptomu

KONCEPT GIVING UP A GIVEN UP (ENGEL, SCHMALEH)

- Sledují význam v životních událostech, ve kterých se onemocnění objevilo. Onemocnění provázeno zoufalstvím, depresí, zármutkem, rezignací.
- Dlouhodobé strádání vede k duševnímu stavu *bezmoci a beznaděje*, tj. **giving up** (selhání obranných mechanismů, a i selhání způsobů a prostředků k získání uspokojení)
- **Given up** je charakterizován definitivní ztrátou možnosti uspokojení, což se postupně stává *přetrvávající psychickou realitou*
- Projevuje se vnímání budoucnosti jako pochmurné a ponuré, sebehodnocení je velmi snížené, odhad vlastní ceny je nízký, neschopnost poskytnout sám sobě vnitřní oporu

PSYCHOSOMATICKÁ ONEMOCNĚNÍ A PSYCHOLOGICKÁ PROBLEMATIKA V JEDNOTLIVÝCH OBORECH LÉKAŘSTVÍ

DIAGNOSTIKA PSYCHOSOMATICKÝCH PORUCH

- Vztah lékař–pacient (vč. psycholog – pacient) – udržuje/mírní/rozšiřuje problém
- Individuální dispozice pacienta – př. Inteligence ve smyslu míry adaptace, chce něco měnit? Chce se nemoci zbavit?

- Symptomy – jaké jsou symptomy, co vnímá jako problém
- Vyvolávající situace – kdy je to lepší/horší, co to způsobuje, co na to má vliv
- Vliv rodiny – má rodina zisk z nemoci? Má příspěvky? Zakrývá to problém?
- Sociální faktory – má přátele? Může je ještě vidat? Může poznávat nové lidi?

MEDICÍNSKY NEVYSVĚTLITELNÉ PŘÍZNAKY (MUS)

- **takové somatické symptomy**, které existují již více než několik týdnů, přestože je adekvátní **lékařské vyšetření dostatečně nevysvětlilo**. Není tím myšleno somatické onemocnění, které dosud nebylo správně vyšetřeno, nebo kde byla příčina přehlédnuta.
- Pojem MUS sdružuje dříve používaná označení pro psychosomatický způsob stonání jako funkční porucha či somatizace, pro něž nemáme dostatečné somatické vysvětlení
- **Pacient s MUS trpí stejně jako pacient s jasným somatickým nálezem**, navíc propadá zmatku a úzkosti, když není možné jeho funkční omezení a tělesné obtíže vysvětlit objektivním nálezem
- Chybí primární zisk z nemoci (= vím, co to je), pacienta to jen unavuje víc
- **PROJEVY MUS**: pestré – kardiopulmonární, gastrointestinální, musko-skeletální, jiné obtíže (spánek, paměť, svědění, únava, slabost...)

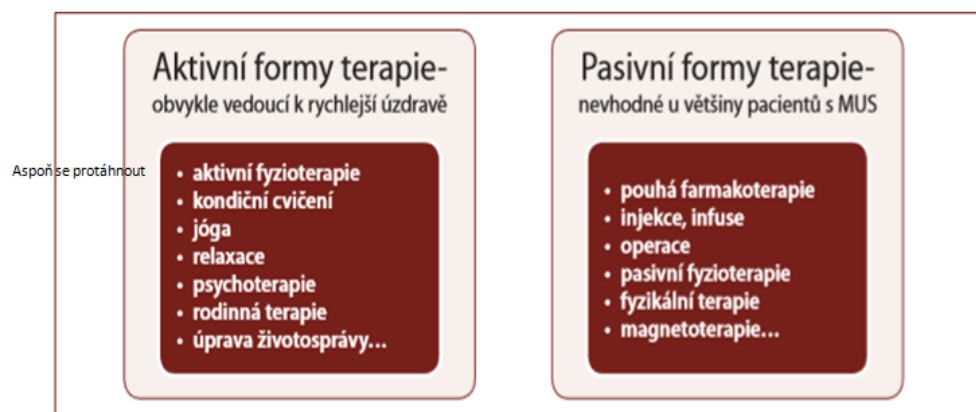
ETIOPATOGENEZE

Predisponující faktory	Vyvolávající faktory	Udržující faktory
• osobní historie • snížená psychická odolnost • zvýšená vnímavost • snížená zdravotní gramotnost • obtížná sociální situace • genetika	• akutní tělesné onemocnění • sociální událost • trauma tělesné či psychické • (někdy současně obojí) • radikální změna stravy či životního stylu (hubnutí, extrémní diety) • obtížná sociální situace • genetika	• dlouhodobé snížení zátěže zhoršuje zdatnost • chyby ve stravě a chybné zdravotní návyky • chybné pracovní návyky (např. nadměrná zátěž, nedostatek odpočinku) • finanční odměna za trvalý symptom (PN, důchod) • udržování patologické rovnováhy v rodině symptodem • trvalý psychický stres o kterém se nemluví (hrozící rozvod rodičů, zneužívání, dluhy, exekuce...) • závislost (léky, osoba) • abnormální sledování informací o nemoci na internetu

-> vyšetříme osobnost

-> radikální změna -> allostáze
- tělo si na to musí zvyknout

FORMY LÉČBY MUS



PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENCE: relaxace, medikace, hypnóza, biofeedback, sebeotevření se, strukturovaná psychoedukativní intervence

RELAXACE:

- **Progresivní svalová relaxace** – pokles krevního tlaku, pokles bolestí hlavy, vhodná pro pacienty s roztroušenou sklerózou
- **Autogenní trénink** – zmírnění migrény, bolesti, pozitivní na: astma, hypertenzi, depresi, koronární
- **Relaxované odpovědi** – pozitivní vliv na hypertenzi
- **Provázená imaginace** – redukce stresu, rehabilitace po kardio onemocněních
- **Brániční dýchání** – redukce anxiety, zvládání agresivního chování
- **Transcendentální relaxace** – rychlejší zotavení po stresu

- **Mindfulness-based stress reduction (MBSR)** – snížení prožívání bolesti, zvýšení kvality života při nádorovém onemocnění

F45 SOMATOFORMNÍ PORUCHY

Hlavním rysem je opakovaná stížnost na tělesné symptomy spolu s trvalým vyžadováním lékařského vyšetřování i přes opakované negativní nálezy a ujišťování lékaře, že obtíže nemají fyzickou podstatu. Pokud existuje nějaká tělesná nemoc, pak nevysvětluje rozsah a podstatu potíží nebo příznaků a nešťastnost a zaujetí pacienta.

- F45.1 Somatizační porucha
- F45.1 Nediferencovaná somatoformní porucha
- F45.2 Hypochondrická porucha
- F45.3 Somatoformní vegetativní dysfunkce
- F45.4 Perzistující somatoformní bolestivá porucha
- F45.8 Jiné somatoformní poruchy

(Podrobněji popsány v otázce 9. Neurotické poruchy)

PSYCHOSOMATICKÉ PORUCHY KARDIOVASKULÁRNÍ

ESENCIÁLNÍ HYPERTENZE

- krevní tlak dlouhodobě nad normální hodnoty (normální krevní tlak 120/ 80). Určující jsou hodnoty diastolického tlaku.
- Poukazováno na celoživotní a z větší části nevědomý konflikt při vyjádření hostility, agrese, rozmrzelosti, vzpoury, někdy i závislosti. Nemocní se obávají ztráty lásky ostatních, a proto potlačují vyjádření své agrese. Dále úporná vytrvalost v zvládat nepřekonatelné překážky.
- **Léčba:** medikace a relaxační techniky (autogenní tréninky)

ISCHEMICKÁ CHOROBA SRDEČNÍ

Osobnost má nutkavé úsilí a velkou potřebu dostat se pracovním nahoru. Nejpropracovanější je koncepce chování typu A podle Friedmana a Rosenmana.

PSYCHOSOMATICKÉ RESPIRAČNÍ PORUCHY

ASTMA BRONCHIALE

- záchvaty dušností různého stupně. Není možné určit jedinou příčinu vzniku.
- Z psychoanalytického hlediska se jedná o intrapsychický konflikt týkající se závislosti na matce a nevědomé přání být matkou chráněn a obklopen. Obecně jsou psychogenní poruchy dýchání primárně **ekvivalenty úzkosti**.

PSYCHOSOMATICKÉ PORUCHY TRÁVICÍHO ÚSTROJÍ

PSYCHOGENNÍ NAUZEJA A ZVRACENÍ

- doprovázen vegetativními příznaky (slabost, salivace, bradykardie, hypotenze). Zvracení je násilné vypuzení žaludečního obsahu ústy. Je to obranný reflexivní mechanismus.
- Formy **akutní** (konverzní zpracování silné emoce) a **chronické**.
- **Léčba:** medikamenty a psychoterapie (hledání vyvolávající situace a příčiny).

RUMINACE

- častěji se vyskytuje v raném dětství. Jde o volný akt, při kterém se do úst dopraví ze žaludku část polknuté potravy. Vzniká jako kompenzace neuspokojeného aktu krmení, když matka při krmení dítěte mu neposkytne kromě potravy i **emoční zázemí**.

AEROFAGIE

- nadměrné nevědomé polykání vzduchu do žaludku, nadbytečný vzduch se vypuzuje říháním. Uplatňují se konflikty vyjádřené úsluví polykat **vztek, hořkost – tedy symbolika agrese**.

PEPTICKÝ GASTRODUODENÁLNÍ VŘED

- Vlivy hereditární a psychosociální. Narušení rovnováhy agresivních a protektivních faktorů.
- Sociální konstelace na něj klade nepřiměřené nároky. Základním problémem nemocných je **nevědomá potřeba závislosti** (vznik v raném dětství, fixace hyperprotektivní matkou), ochrany a souhlasu. Základním momentem je **hrozba separace od klíčové osoby** = separační úzkost

- Léčba: navození změn v postojích a životním stylu pacienta např. manželská terapie

ULCERÓZNÍ KOLITIDA

- vzácnější onemocnění tlustého střeva. Zánětlivé onemocnění, způsobující vředy na sliznici tlustého střeva a konečníku. Osoby, **trpící psychickým stresem** mívají vyšší výskyt onemocnění.

CROHNOVA CHOROBA

- chronický zánět trávicí trubice, nejčastěji tenkého střeva (50 %), méně často tlustého střeva (30 %) a vzácně i jícnu nebo ústní dutiny (5 %).
- Velkou roli hraje genetické předpoklady, životní prostředí, zvýšená imunita. Z vnějších faktorů se předpokládá vliv stravy, ale také **psychologické faktory**.

SYNDROM DRÁŽDIVÉHO TRAČNÍKU

- Soubor nepříjemných pocitů kolem pupku nebo v celém břiše, zvláště pocity tlaku a plnosti, kručení a přelévání střevního obsahu.
- Bývá u lidí, jejichž rodič trpěl nějakou chronickou chorobou, matky pacientů měly konfliktové situace se svými matkami, a na děti projikovaly **pocity opuštěnosti**.
- Psychopatologie je **neurotického charakteru** (OCD, depresivní neurotický syndrom, narcismus, chudé vztahy). **Léčba:** Omezení povinností, změna situace a prostředí, kombinace léků (benzodiazepiny) a terapie (relaxační techniky).

METABOLIKÁ ONEMOCNĚNÍ

DIABETES MELLITUS

Okolí především skrze **konfliktní situace** má na vývoj a udržování diabetu zejména u dětí významný vliv. (rodinná terapie)

PSYCHOGENNÍ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

MENTÁLNÍ ANOREXIE

- 1) Potlačení pudovosti a s tím spojených citů, 2) intenzivní úzkost z příliš těsného či symbiotického vztahu, 3) slabost vlastního já a sebeocenení (příčinou často trauma, sexuální zneužívání)

BULIMIA NERVOSA

Predisponující osobnost je emočně nezralá, ambivalentně závislá na rodičích, sklony k regresi a fixaci. Vyvolávající faktory jsou stresogenní vlivy a strach z obezity.

OBEZITA

Jídlo se stává náhražkou nesplněných přání, citové deprivace, aj. Obézní lidé reagují na základě optických, čichových a chuťových vnějších podnětů, nikoliv na základně endogenních signálů.

PSYCHOSOMATICKÉ POR. V GYNEKOLOGII:

FUNKČNÍ SEXUÁLNÍ PÁNEVNÍ PORUCHY U ŽEN BEZ ORGANICKÉHO NÁLEZU

- **Anorgasmie:** nepřítomnost orgasmu při přiměřené sexuální stimulaci. Často jde o záležitost konstituční, někdy se jedná o traumatizující zážitek z dětství, prudérní výchovu, nepříznivými okolnostmi současného pohlavního života
- **Frigidita:** chybění sexuální touhy a vzrušivosti. Příčina může být konstituční. Dyspareunie: bolest při pohlavním styku. Může se jednat o skryté odmítání partnera.
- **Vaginismus:** křečovitý stah svalstva pánevního dna, často s addukcí stehů. To často znemožní koitus. Příčinou mohou být zážitky z dětství, antisexuální výchova, nesprávné počínání prvního partnera.
- **Dyspareunie:** Bolest při pohlavním styku. Bolesti objevující se až po několika hodinách bývají psychogenní.
- **Sterilita:** neplodnost. Ženská s. má řadu příčin hormonální poruchy včetně poruch řídících center v mozku a vrozených chorob, onemocnění vaječníků, vejcovodů a dalších pohlavních orgánů často následky zánětů, psychické vlivy. Mužská s. je způsobena nedostatečnou tvorbou životaschopných spermií ve varlatech nebo poruchou pohlavních vývodních orgánů.
- **Dysmenorea:** menstruace spojená se značnou bolestivostí a celkovými obtížemi.
- **Amenorea:** nepřítomnost krvácení. Příčina může být fyziologická (těhotenství, období kojení, po menopauze). Může to být i důsledek jiného onemocnění, hormonální nerovnováhy, velkého stresu...

- **Klimakterium:** (přechod, klimax) je období vyhasínání pohlavního cyklu ženy. Přirozený stav v životě ženy, kdy dochází k útlumu funkce vaječníků, takže se snižuje tvorba hormonů estrogeneru a progesteronu. Zastavuje se menstruační cyklus a nastává ztráta plodnosti – žena není schopna otěhotnět (přirozenou cestou)
- **Poporodní stavy:** např.
 - **poporodní blues** (emoční labilita, úzkost, pramenící z novorozence), do 10 dní po porodu
 - **poporodní deprese** (pokles nálady, zahlcenost emocemi, sebevražedné myšlenky, beznaděj) do 4 týdnů po porodu
 - **poporodní psychóza** (obavy, bludy, halucinace...) do 2-3 týdnů po porodu

POHLAVNÍ DYSFUNKCE U MUŽŮ

HYPERSEXUALITA

- může být také obranou proti depresi. U mužů je nazýván **satyriasis**, u žen **nymfomanie**.

EREKČNÍ DYSFUNKCE

- K **psychogenním faktorům** u poruchy erekce patří: výkonové zaměření, prekoitální úzkost a obavy ze selhání, koncentrace na sexuální funkci.
- Z **patologických emocí** je to: deprese a anxieta.

ORGASTICKÉ A EJAKULAČNÍ PORUCHY

- v pozadí jsou antikoncepční důvody (strach z oplodnění, potřeba frustrovat partnerku). Účinná pomoc je užití vibrátoru před zavedením penisu nebo manuální stimulace penisu ženou. **Semansův nácvik:** přerušování stimulace údu ženou při blížícím se výronu a obnovení dráždění, když ejakulace již nehrozí

PSYCHOSOMATICKÉ PORUCHY V REVMATOLOGII

4 skupiny:

1. Zánětlivá revmatická onemocnění (revmatoidní artritida)
2. Degenerativní onemocnění kloubů a páteře
3. Mimokloubní revmatický onemocnění (bolesti zad + vliv psychosociální situací)
4. Metabolické kostní choroby (osteoporóza)

TYPICKÉ ZNAKY REVMATICKÝCH CHOROB

1. Viditelné **tělesné změny** (narušené představy o vlastním těle (tělesný vzhled je podstatný pro sebehodnocení, především u žen a mladých lidí)
2. **Bolest** – deformuje prožívání a brání v intelektuální činnosti. Již anticipace bolesti brání v odreagování se.
3. **Slabost, únava a ztráta energie**-nejčastější symptomy. Doporučovaný vzdor únavě a zachování všech aktivit.
4. **Ztráta funkční schopnosti** – následkem bolesti. Neschopnost pacienta je subjektivní a není přímo úměrné poškození svalů a kloubů. Následkem mohou být dlouhodobé deprese a úzkost.
5. **Závislost na druhých.** Narušuje potřebu nezávislosti a soběstačnosti. Řada revmatiků žije v trvalé obavě, že ztratí schopnost postarat se o sebe.
6. **Léčba:** Podpůrná psychoterapie, projevení hlubokého zájmu o pacienta, usměrnění radou, příležitost k emocionálnímu uvolnění. Pomoc při umírnění bolesti např. hypnózou, relaxačními metodami

PSYCHOSOMATICKÉ PORUCHY V DERMATOLOGII

ATOPICKÝ EKZÉM

- Úzkost a deprese mohou ekzém "spustit", a to zejména zesíleným škrábáním. Chronické onemocnění může zvýšit i sociální citlivost a vést ke sklonu vyhýbat se společenským kontaktům. Stav může tak působit jako stresor.

AKNĚ

- vede často k velké psychické zátěži. Omezení kvality života a s akné jako chorobou
- **emoční stres může vést k exacerbaci akné.**
- těžká akné může vést k **rozvoji psychiatrických chorob**, jako jsou snížená sebeúcta, sociální fobie a deprese. Konečně, primárně psychiatrické choroby, jako obsedantně kompulzivní choroby a psychózy, mohou být způsobeny stížnostmi, které se soustřeďují na akné.

PSORÍÁZA = LUPÉNKA

- neinfekční zánětlivé **autoimunitní onemocnění kůže**. Nejčastějším projevem je odlupování pokožky, neboť ta se obměňuje až sedmkrát častěji než normálně. Lupénka u pacientů stres vyvolává, na druhou stranu stres do jisté míry určuje, jakým směrem se průběh onemocnění bude ubírat. Nemocní mají o 39 % vyšší riziko vzniku deprese v porovnání se zdravou populací, o 31 % se u nich častěji vyskytují úzkostné stavy a riziko sebevraždy je vyšší o 44 %.

PRURITUS

- lat. svědění. Někdy se tak označuje svědění bez průvodních kožních změn – primární p. Bývá poměrně častý u starších lidí v důsledku stárnutí kůže, ale i jejího přesušení. Provází rovněž některé vnitřní choroby např. městnání žluči při cholestáze, cukrovku.

BLUDNÉ PŘEDSTAVY SOUVISEJÍCÍ S KŮŽÍ

- **Taktilní halucinóza** – chronické onemocnění projevující se bludem, že mají v kůži parazity.

PSYCHOSOMATICKÉ PORUCHY V DĚTSKÉM A DOROSTOVÉM VĚKU

V dětství vznikají snadno, jsou globálnější a méně diferencované, jsou závažnější a těžší, mezi počátkem a manifestací je dlouhý časový interval a využívá se ekosystémové hledisko (rodinný systém).

ZÁCHVATOVÉ PROJEVY A KOLAPSOVÉ STAVY

Výskyt záchvatů a narušeného vědomí. Náhlý vznik s dramatickým rázem a dlouhým trváním. Patří zde záchvaty s neepileptickým podkladem. Typické jsou **situční výskyty** (jen doma, jen ve škole), zachování reaktivity i při poruše vědomí. Chybění únavy a vyčerpaností, porměnlivý obraz záchvatů. Záchvaty lze přerušit. Typické jsou kardiofobické záchvaty a silná úzkost. **Výskyt spíše u adolescentů**. Uplatňuje se se problematika zvládnutí úzkosti a agresivity v souvislosti s osamostatňováním se v rámci rodiny i společnosti. Objevuje se rigidní struktura rodinné interakce a neschopnost zvládnutí konfliktů

BRONCHIÁLNÍ ASTMA

Záchvaty výdechové dušnosti se sevřením průdušek nebo průdušinek. Navazování na specifickou vulnerabilitu spuštěnou imunologicky nebo psychosociální povahou. Dušnost se spojená s emočním distresem a interakcí mezi dítětem a mezi členy rodiny. Zvažuje se nadměrná závislost dítěte a protektivní i perfekcionista matky

SVÉRAZNÉ KULTURNĚ PODMÍNĚNÉ JEDNOTKY

KORO

- jihovýchodní Asie a Čína. Masivní úzkost a přesvědčení, že se **penis zabořuje do dutiny břišní a dojde k jeho zmizení a smrti**. Začíná náhlým děsem, spazmy v břiše a akrocyanózou. Většinou jde o příznaky úzkostné neurózy nebo i sch. Koro se vzácně objeví i na podkladě organického poškození mozku.

BRAIN FAG SYNDROM (ODE-ORI SYNDROM):

- popsán u nigérijských převážně duševně pracujících osob, kteří intenzivním studiem zvyšovali své znalosti. Stížnosti: nepříjemné pálivé pocity v hlavě, někdy pocit, **jako by tělem prolézal nějaký parazit, syčení a hučení v uších, neschopnost se koncentrovat a velká únava**.

LATAH

- Převážně Malajsie u žen středního a vyššího věku (zpravidla podřízené). Porucha se projevuje: **echopraxií, koprolálií a fugami**

DHAT SYNDROM (SPERMATOREA)

- Převážně Indie. V popředí **intenzivní obava ze ztráty semene**, ať už k ní dochází polucemi, masturbací, souloží nebo unikáním semen do moči. Klinicky se projevuje celkovou slabostí, ztrátou chutí k jídlu, úzkostmi a pocity viny v důsledku morálně nepřijatelných sexuálních aktivit.

WHITICO

- psychotická porucha u Inuitů v oblasti Hudsonova zálivu. Projevuje se **nutkáním jíst lidské maso**, úzkostí a přesvědčením, že člověk je očarován příšerou z ledu a kostí, která žere lidi. Objevují se vegetativní příznaky (nauzea, zvracení, průjem), pod vlivem bludného přesvědčení může dojít, až k vraždě.

PITKOBLOQ (ARKTICKÁ HYSTERIE)

- začíná únavou, depresivní náladou, někdy zmateností a agitovaností, odhazováním nebo trháním oděvu, válením se ve sněhu, echolálií, echopraxií, někdy koprofágií. Na proběhlý stav je amnézie, porucha vzniká zřejmě jako reakce na stresovou událost.

AMOK

- převážně jihovýchodní Asie a Afrika. Etiologie multifaktoriální. Zpravidla jde o komplikaci somatického onemocnění. Počáteční stádia jako neurastenické s meditováním, poté propuká **pohybová bouře s agresí vůči sobě a ostatní**. Neskonečí-li sebevraždou, tak následuje zpravidla dlouhý spánek s amnézií na chorobný stav.

PROBLEMATIKA PŘÍSTĚHOVALCŮ

- Nutná brát v úvahu, stavy sociálního zhroucení, kulturní šok
- **Gastarbeiter syndrom**: deprese a neurastenie pod vznikem vytržení z domácího prostředí. Velkou úlohu hraje nostalgie (touha po domově): nostos – návrat domů, algos – bolest

4. ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY A SYMPTOMATICKÉ PORUCHY

- demence, delirium, organické poruchy nálady, mírná kognitivní porucha. Gerontopsychiatrie a duševní poruchy ve stáří. Diferenciální diagnostika, rehabilitace

ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY, VČETNĚ SYMPTOMATICKÝCH F00 – F09

= skupina duševních poruch seskupených na základě prokazatelné etiologie, kterým je **poranění nebo jiné poškození mozku, které vede k mozkové dysfunkci** (a tím i k poruchám jeho funkcí)

- „organické“ znamená, že vycházejí z kvalitativní změny tkáně (mění se kvalita, struktura)
 - **Organické duševní poruchy** = u nemocí, poranění nebo poškození, která postihují mozek přímo
 - **Symptomatické duševní poruchy** = způsobeny chorobným procesem, který primárně postihuje jinou část těla, ale sekundárně působí také na mozek (př. intoxikace organismu, přičemž dojde k zaplavení mozku toxickými látkami)

DĚLENÍ

- Podle RYCHLOSTI NÁSTUPU, a zejména podle DÉLKY PRŮBĚHU rozlišujeme formy:
 - **akutní** (probíhající rychle a často krátkodobě – např. deliria)
 - **chronické** (probíhající dlouhodobě a vesměs pozvolněji – např. demence)
- Podle ROZSAHU POŠKOZENÍ rozeznáváme poruchy:
 - **generalizované** – postihující většinu nebo všechny psychické funkce (např. demence a deliria)
 - **izolované** – postihující jenom určité funkce, např. pouze vnímání (v podobě organické halucinózy)

DEMENCE

= duševní porucha charakteristická úbytkem kognitivních funkcí = paměť, myšlení, pozornost, ...

= syndrom, který vznikl v důsledku onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního rázu, u něhož dochází k narušení mnoha vyšších kognitivních funkcí (=kogn.funkcí) a **vědomí není zastřené**

VZTAH VĚKU A POHLAVÍ:

- riziko demence narůstá věkem: do 65 let každý 688.; nad 65 každý 13.; nad 80 každý 5.; nad 90 každý 2.
- z 1000 žen ve věku 30–59 let trpí demencí 1 žena, z 1000 mužů stejného věku 2 muži → více u mužů

PŘÍZNAKY DEMENCE, ČEHO SI VŠÍMAT:

Obecně: úpady kognitivních funkcí → příznaky se postupem času zhoršují a rozšiřují se také do oblasti emotivity, chování, vnímání atd. → v pokročilém stadiu vedou k úplné degradaci a úpadku osobnosti

- porucha **paměti** (jeden z nejčastějších příznaků) - vyvíjí se od lehkého zapomínání po těžké poškození krátkodobé i dlouhodobé paměti
- klesá **výkonost**, problémy s vykonáváním běžných činností
- vážne logické i abstraktní **myšlení**
- problémy s **řečí**
- časová a místní **dezorientace** (dotyčný zabloudí ve známém městě, později i ve vlastním bytě)
- špatný nebo zhoršující se racionální **úsuděk**, ztrácí se **soudnost**
- poruchy **plánování, organizování**, obecného zpracování informací (zakládá věci na nesprávné místo)
- mění se **motivace** člověka, činnosti mohou být bezcílné a monotónní, ztráta iniciativy
- objevují se poruchy **emocí** (od emoční oploštělosti až po patické nálady)
- narušeno **chování** s možností neadekvátních reakcí či agrese
- ztráta schopnosti **sebepečce** (zanedbává hygienu) – později inkontinence, dotyčný zcela odkázán na péči druhých osob

DLE MKN

F00-F09 – Organické duševní poruchy včetně symptomatických

F00 Demence u Alzheimerovy nemoci

F00.0 Demence u Alzheimerovy nemoci s časným začátkem (G30.0+)

- F00.1 Demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním začátkem (G30.1+)
- F00.2 Demence u Alzheimerovy nemoci, atypického nebo smíšeného typu (G30.8+)
- F00.9 Demence u Alzheimerovy nemoci, NS (G30.9+)

F01 Vaskulární demence

- F01.0 Vaskulární demence s akutním začátkem
- F01.1 Multiinfarktová demence
- F01.2 Subkortikální vaskulární demence
- F01.3 Smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence
- F01.8 Jiné vaskulární demence
- F01.9 Vaskulární demence, NS

F02 Demence u jiných nemocí zařazených jinde

- F02.0 Demence u Pickovy choroby (G31.0+)
- F02.1 Demence u Creutzfeldt-Jakobovy nemoci (A81.0+)
- F02.2 Demence u Huntingtonovy nemoci (G10+)
- F02.3 Demence u Parkinsonovy nemoci (G20+)
- F02.4 Demence u onemocnění virem lidské imunodeficiency [HIV] (B22.0+)
- F02.8 Demence u jiných určených nemocí, zařazených jinde

F03 Neurčená demence

DĚLENÍ DEMENCÍ

Atroficko-degenerativní demence/ Primární neurodegenerativní demence

- demence Alzheimerova typu, frontální frontotemporální demence, Pickova choroba, Huntingtonova choroba, Demence Lewyho tělísky
- etiologicky:
 - o Parietálně-temporální postižení – Alzheimerova nemoc
 - o Frontálně-temporální postižení – FTDL, Pickova nemoc, Amyotrofická laterální skleróza
 - o Subkortikální postižení – PN s demencí, Huntingtonova nemoc, Parkinson plus, multisystémová atrofie

Vaskulární demence (někdy řazeny pod symptomatické)

- etiologicky:
 - o Vaskulární demence – multiinfarktová demence, strategicky umístěné infarkty, onemocnění malých cév s demencí

Symptomatické (sekundární) demence

- patří zejména demence podmíněné ischemicko-vaskulárně, infekčně, toxicky, nádorově, poúrazově
- etiologicky:
 - o Nitrolební expanze – normotenzní hydrocefalus, nádory mozku
 - o Metabolické poruchy – Wilsonova nemoc, demence při dialýze, Wernickeova encefalopatie
 - o Infekce, záněty CNS – poslední stádia HIV, herpetická encefalitida, progresivní paralýza u syfilis
 - o Toxické – alkoholová demence, intoxikace toulénem, CO, těžké kovy
 - o Traumatické – úrazy, chronický subdurální hematom
- Dle odhadů představuje ischemicko-vaskulární demence zhruba 15–30 % všech demencí a demence Alzheimerova typu dokonce zhruba 60–65 %.

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

Demence	Deprese
pozvolný začátek	náhly začátek
nepředchází duševní porucha (nejdříve kognitivní porucha)	předchází duševní porucha (nejdříve deprese, pak kognitivní zhoršení)
žádné veget. příznaky, příp. poruchy tělesných funkcí	veget. příznaky a poruchy tělesných funkcí
pac. skrývá kognit. deficit	pac. neskrývá kognit. deficit
pac. dává blízké, ale chybné odpovědi	pac. odpovídá „já nevím“
kognitivní výkon je trvale stejně špatný	zřetelná měnlivost kognitivního výkonu
novopaměť je horší než staropaměť	novopaměť i staropaměť jsou stejně špatné
orientace zhoršená	orientace normální
zmatenost na sklonku dne občas	zmatenost velmi zřídka
bloudění časté	bloudění velmi zřídka
80% irreversibilní 20% reversibilní	je reversibilní
difusní zpomalení EEG	EEG obvykle normální

Příznak	Demence	Delirium
Začátek	Obvykle pozvolný	Akutní/subakutní
Trvání	Měsíce až roky	Dny až týdny
Průběh	Progresivní	Kolísavý
Vědomí	Normální	Alterující, variabilní, zhoršení v noci
Pozornost	V počátcích onemocnění nedotčená	Narušená
Paměť	Narušená především okamžitá a krátkodobá	Narušená krátkodobá i dlouhodobá
Psychomotorické tempo	Často normální	Zpomalené nebo zrychlené, případně měnlivé
Spánek	Méně narušený	Narušený cyklus spánek-bdění
Somatická choroba	Často chybí	Obvykle přítomna
Reverzibilita	Většinou ireverzibilní	Většinou reverzibilní

LÉČBA

- Nutná **komplexní terapie**, která se skládá z farmakoterapeutických a jiných biologických přístupů, z reedukační terapie a nácvikových metod paměti, z léčby interkurentních onemocnění, z rehabilitace a v neposlední řadě z práce pečovatelek.
- Důležitá je reedukace porušených funkcí, aplikovat lze emočně orientované psychoterapeutické přístupy, které zahrnují podporu ve zvládnání funkčního úbytku a frustrace, reminiscenční terapii centrovanou na zlepšení chování a nálady, a validační terapie zaměřenou na senzorickou integraci. Terapie umožňuje vytvářet pozitivní zkušenosti, snižuje množství negativních interakcí s okolím a tím snižuje hladinu deprese.
- Kognitivní terapie pak zahrnují především trénink paměti a základních dovedností. Nácvik základních dovedností je velmi důležitý - je třeba procvičovat ty aktivity, které je člověk schopný zvládnout. Terapie může být individuální i skupinová. Existují i PC programy k reedukaci paměti například Train the Brain.
- Velký význam hrají tzv. podpůrné terapie, např. pet terapie (starost o zvíře zlepšuje kognitivní i emoční funkce). Dále pak podpůrné aktivační terapie např. pomocí her, arteterapie, poslech hudby, aktivní provozování hudby a zpěvu apod.

FOO DEMENCE U ALZHEIMEROVY CHOROBY

= progresivní neurodegenerativní onemocnění CNS vedoucího až k rozvoji syndromu demence

- nejčastějším typem demencí, výskyt roste výrazně s věkem
- primární kortikální onemocnění = postihuje korové oblasti frontálního, temporálního a parietálního laloku

- často smíšená s demencí na podkladě vaskulárního onemocnění

PROJEVY

- začíná obvykle **nenápadně, plíživě a pozvolna** (spíše si všimne okolí, než pacient sám), nepřetržitě se rozvíjí v průběhu několika let
- nejčastěji se vyskytují poruchy paměti v různých složkách (zapomíná a ztrácí předměty, neschopnost zapamatovat si nové a jednoduché paměťové obsahy)
- nesoustředěnost, poruchy motivace, porucha soudnosti a logického uvažování (nejméně zapomínají to nejvíce fixované – např. datum narození)
- poruchy orientace v čase i prostoru
- podstatným znakem je velmi rychlá ztráta náhledu (necítí se jako nemocní)
- později poruchy praktických funkcí (ztráta schopnosti sebepečce)
- také korové příznaky typu agnózie a fatických poruch (senzorická afázie = neschopnost porozumět slyšenému na centrální úrovni; anomie = neschopnost správně pojmenovat předměty)
- přidružují se poruchy nekognitivních funkcí = BPSD = behaviorální a psychologické příznaky demence = poruchy spánku, chování, emotivity – často pro blízké osoby náročnější, než poruchy kognitivní
- v konečných stádiích nejen zcela vyřazuje člověka ze společnosti a přináší úplnou degradaci osobnosti, ale přímo znemožňuje samostatnou existenci (potřeba 24 hodinové péče a dozoru)

→ dle závažnosti a hloubky postižení můžeme rozlišovat stadium **lehké, střední, těžké** a **terminální**

ETIOLOGIE

- dosud není komplexně objasněna
- velmi významný, pravděpodobně primární defekt je v **ukládání degenerativního proteinu β -amyloidu**
 - o β -amyloid je tvořen z amyloidového prekurzorového proteinu (APP) → štěpen 2 cestami:
 - alfa sekretázou = vznik neškodných peptidů
 - beta sekretázou = vznik beta-amyloidových peptidů → tvorba neurotických plaků → zánětlivé změny tkáně
- pravděpodobně sekundárně dochází v neuronech ke změnám **τ -proteinu** (tau-proteinu), který se podílí na zpevnění vláken cytoskeletu
 - o u Alzheimerovy choroby je hypofosforylován → vznik nerozpustných neurofibrálních klubek = **tangles** → kolabují mikrotubuly → přerušen transport mezi neurony → tyto neurony zanikají

→ těmito procesy dochází k výrazné **atrofii** (úbytku) **mozkové tkáně**

- ztráta mozkových neuronů a celková atrofie mozku je tak výrazná, že se projeví i při strukturálním vyšetření mozku (na snímcích z CT a MRI vyšetření)

DIAGNOSTIKA

- musí být splněna obecná kritéria pro diagnostiku demence
- anamnéza ani další vyšetření nesvědčí pro jinou možnou příčinu demence (např. Parkinson), systémovou poruchu (např. nedostatek vitamínu B12) nebo abúzus návykové látky
- charakteristická změna oproti dřívějšímu stavu
- není vysvětleno delíriem nebo psychiatrickou diagnózou
- kombinace anamnézy od nemocného a pečovatele + vyšetření
- kognitivní nebo behaviorální symptomy se prolínají s funkcí (pracovní aktivity, ADL = hodnocení soběstačnosti)

ALZHEIMEROVA CHOROBA SE DĚLÍ DO NĚKOLIKA SKUPIN

F00.0 Alzheimerova choroba s časným začátkem

- častý familiární výskyt, geneticky podmíněný
- malignější průběh než forma s pozdním začátkem
- musí být splněna kritéria pro demenci u AN F00
- známky relativně rychlého začátku a postupu
- věk nižší než 65 let

F00.1 Alzheimerova choroba s pozdním začátkem

- musí být splněna kritéria pro demenci u AN F00
- známky velmi pomalého a postupného začátku a postupu
- věk nad 65 let
- převládá zhoršení paměti nad zhoršením intelektu

F00.2 Demence u Alzheimerovy choroby, atypický nebo smíšený typ

- patří sem například smíšená Alzheimerova a Vaskulární

F01 VASKULÁRNÍ DEMENCE

= demence vznikající a rozvíjející se na podkladě cévního postižení (které sekundárně poškodí mozek a jeho funkce ischemickými procesy) – nejčastěji způsobená infarkty

- druhým nejčastějším typem demencí (15 – 20%)
- náhled a osobnost nemocného zůstávají zachovány mnohem delší dobu než u demence Alzheimerova → častější deprese
- začátek obvykle ve starším věku
- průběh deteriorace kognitivních funkcí není plynulý, ale schodovitý

DIAGNOSTIKA

1. demence

= narušená paměť + minimálně 2 další domény (orientace, pozornost, řeč, motorika, praxe)

2. cerebrovaskulární onemocnění

- fokální (lokální) neurologický nález
- důkaz na zobrazení mozku

3. důkaz vzájemného vztahu mezi bodem 1. a 2.

- nástup demence v průběhu 3 měsíců od cévní mozkové příhody
- náhlá deteriorace kognitivních funkcí

DĚLNÍ VASKULÁRNÍ DEMENCE

F01.0 Vaskulární demence s akutním začátkem

- vzniká a rozvíjí se náhle a rychle ve spojitosti s cévní mozkovou příhodou (častěji více příhodami nebo jednou rozsáhlejší) postihující ložiskovitě mozek

F01.1 Multiinfarktová demence

- se rozvíjí pomaleji, výrazněji postihuje především novopaměť
- mozkové infarkty jsou mnohočetné a difúzně poškozují šedou i bílou hmotu mozkové tkáně

F01.2 Subkortikální (podkorová) vaskulární demence = Binswangerova choroba

- postihuje převážně bílou hmotu mozkovou
- rovněž spíše pozvolný vývoj
- bývá spojena se zpomalením psychických funkcí – myšlení, poruchou pozornosti, koncentrace a pochopitelně také paměti
- častým doprovodem bývá neurologická symptomatika (narušení hybnosti apod.)

F01.3 Smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence

- kombinuje poškození bílé a šedé hmoty mozkové
- podobá se multiinfarktové demenci se zvýrazněným bradypsychismem (zpomalením psychických funkcí)

F02 DEMENCE U CHOROB ZAŘAZENÝCH JINDE

= demence, jejichž rozvoj byl vyvolán jinými příčinami, než jsou AN nebo cerebrovaskulární onemocnění

- např. Demence u Pickovy choroby, Demence u Parkinsonovy choroby, Demence u infekce HIV, aj.

F02.0 FRONTÁLNÍ A FRONTOTEMPORÁLNÍ DEMENCE, VČETNĚ PICKOVY CHOROBY

= skupina atroficko-degenerativních demencí, která se vyznačuje selektivní atrofií frontálních nebo frontotemporálních laloků

Pickova choroba

- začíná pozvolně v mladším věku, typicky po čtyřicátém roce (obvykle mezi padesátým a šedesátým rokem) - jedná se o vzácnější typ demence
- spojena s pomalými změnami charakteru, povahy, zvyků a se společenským úpadkem
- dochází k selektivní atrofii čelních a spánkových laloků mozku, kde degenerují a odumírají neurony
- v mozkových neuronech, které neodumřely, nacházíme Pickova tělíčka

Frontální a frontotemporální demence

- bez výskytu Pickových tělísek
- rozlišení od Pickovy choroby je obtížné, často zjistí až patolog
- příznaky:
 - o pozvolný začátek a postupná progresse
 - o změna chování
 - o časná degradace společenského vystupování
 - o časná změna emoční oploštělosti
 - o časná změna náhledu
- podtypy:
 - o Frontální varianta (převaha behaviorálních změn, ztráta sociálních návyků, sociálního chování, hygienických návyků (gatismus), úzkosti deprese
 - o Temporální varianta - dominuje postižení řečových funkcí
 - o 1. sémantická demence (ztráta sémantické paměti ve verbální i nonverbální sféře, porucha porozumění, obtíže pojmenovat předměty, řeč plynulá, ale obsahově prázdná
 - o 2. progresivní non-glutenní afázie (řeč těžkopádná, agramatismy, fonemické parafázie, apraxie mluvidel, porozumění relativně zachováno, problémy čtení a psaní, zachované použití předmětů a jejich význam
- neuropsychologie u FTDL:
 - o porucha zejména pozornosti a exekutivních funkcí
 - o narušení schopnosti generalizace a abstrakce
 - o relativně zachování paměti a vizuosociálních funkcí
 - o řečové poruchy (ztráta spontaneity, echolálie, verbální stereotypy, mutismus)

F02.1 DEMENCE U CREUTZFELDT-JAKOBOVY NEMOCI

- prionová nemoc (přenos skrze CNS, priony = zhoubné proteiny)
- rychle progredující demence s časným začátkem, jedná se o demenci globální s kortiko-subkortikálním postižením
- prodromální stadium = nespecifické příznaky: nespavost, únava, nechutenství, úzkost, poruchy nálady, psychotické projevy (paranoidní obsahy myšlení)
- následuje stadium rychlé klinické progresse – zhoršující se kognitivní deteriorace a neurologická symptomatika

F02.2 DEMENCE U HUNTINGTONOVY NEMOCI

- patří mezi vzácné hereditární nemoci přenášené geneticky na potomky
- začíná zpravidla plíživě v rané dospělosti (mezi dvacátým a třicátým rokem)
- objevují se mimovolní pohyby obličeje, končetin i celého těla (připomínající „taneční kreace“)
- končí obvykle smrtí po zhruba deseti až patnácti i více letech
- projevy:
 - o projevuje se kombinací progresivního postižení:
 - o hybného (choreoaktická dyskineze, porucha volní hybnosti)
 - o psychiatrického (změny osobnosti, afektivní poruchy, psychotické syndromy a poruchy chování, nezdrženlivost, agresivita, impulzivita, iritability, psychomotorický neklid
 - o kognitivního

- postupně progreduje do obrazu těžké demence subkortikálního typu

F02.3 DEMENCE U PARKINSONOVY CHOROBY

- u 20-30% pacientů trpících Parkinsonovou chorobou se současně vyskytuje demence
- typické progresivní pohybové postižení tzv. hypokineticko-hyperkinetický syndrom
 - Hypokineze
 - Rigidita
 - Klidový třes
 - Poruchy stoje a chůze
- podstata je v degenerativním zániku neuronů v části mozku kmene – nedostatek dopaminu a dalších neurotransmitů (GABA, acetylcholin, a noradrenalin) v bazálních gangliích
- projevy:
 - deficit ve více než jedné kognitivní doméně
 - pozornost, exekutivní funkce, paměť, vizuospaciální funkce, řeč,
 - podpůrné symptomy: poruchy chování
 - porucha paměti není dominujícím příznakem
 - spíše frontální typ poruchy paměti (vliv pozornosti na kvalitu exekutivních funkcí, reaguje na efekt nápovědy)
 - dysexekutivní syndrom: vytváření a flexibilita pracovních plánů a strategií, distribuce pozornosti a cílená verbální fluence

Parkinson plus

- parkinsonismus bez tremoru
- subkortikální demence
- další neurologické abnormality
- rychlejší progres a invalidizace, kratší doba přežití

F02.8 DEMENCE U JINÝCH URČENÝCH NEMOCÍ, ZAŘAZENÝCH JINDE

Nemoc s Lewyho tělísky – někdy píšou, že ještě není do MKN10 zařazená

- 3. nejčastější vůbec, 2. u primárně degenerativních
- převážně po 60 roce, nejčastěji muži po 75 roce
- choroba převážně s kmenovým výskytem Lewyho tělísek – nemusí být synonymem demence
- subkortikální nebo kortikosubkortikální se syndromem demence
- přechodné období mezi LBD a AN někdy označované jako Lewy body varianta AN (jako krajní varianta AN)
- nemocní jsou nápadně přecitlivělí na podání neuroleptik
- příznaky:
 - fluktuace kognitivních poruch, zejména pozornosti
 - vizuální halucinace
 - spontánní motorické příznaky parkinsonismu
 - podpůrné příznaky (opakované pády, synkopy, přechodné poruchy vědomí (deliria), bludy, halucinace v jiných modalitách)
- typické rysy kognitivních poruch:
 - první postižena pozornost, značně fluktuující
 - poruchy paměti nejčastěji epizodické (nemusí být v počátku výrazné)
 - exekutivní funkce
 - může být narušení vizuokonstrukčních a konstrukčně praktických funkcí
 - kolísání kvalitativní úrovně vědomí – mírná tranzitorní deliria (zhoršení paměti, dezorganizované myšlení, dezorientace, neklid, agitovanost vs. útlum)
 - halucinace: cizí osoby v pokoji, děti, zvířata, zejména v noci,
 - mohou být i sluchové, někdy i komplexní halucinace, kdy pacient s halucinatorními objekty konverzuje
 - bývá doprovázeno paranoidně persekucními bludy, často přidružena deprese

F03 NEURČENÁ DEMENCE

F04 ORGANICKÝ AMNESTICKÝ SYNDROM, KTERÝ NEBYL VYVOLÁN ALKOHOLEM NEBO JINÝMI PSYCHOAKTIVNÍMI LÁTKAMI

- typickým a dominujícím rysem amnestického syndromu je především zhoršení schopnosti učit se novému
- vážne vybavování a recentní (krátkodobá) paměť při zachování paměti bezprostřední, klesá rovněž schopnost vybavovat si minulé zkušenosti

F05 DELIRIUM, KTERÉ NENÍ VYVOLANÉ ALKOHOLEM NEBO JINÝMI PSYCHOAKTIVNÍMI LÁTKAMI

= etiologicky nespecifikovaný mozkový syndrom, který je charakteristický současnými poruchami vědomí a pozornosti, vnímání, myšlení, paměti, psychomotorického chování, emotivity a schématu spánek-bdění

- deliriozní stav je přechodný a jeho intenzita se mění v čase

F06 JINÉ DUŠEVNÍ PORUCHY, ZPŮSOBENÉ POŠKOZENÍM MOZKU, JEHO DYSFUNKCÍ A SOMATICKOU NEMOCÍ

= poruchy, u kterých je prokázán nebo předpokládán organický či somatogenní etiologický faktor a které se podobají jiným poruchám neorganické etiologie

F06.0 ORGANICKÁ HALUCINÓZA

- je typická přetrvávajícími nebo vracejícími se halucinacemi, které v klinickém obraze jednoznačně dominují
- nemívá trvalý charakter

F06.1 ORGANICKÁ KATATONNÍ PORUCHA

- provázena změnami psychomotorické aktivity ve smyslu snížení (hypokineze až nehybného stuporu) s katatonními příznaky nebo zvýšení (ve smyslu agitovanosti a neklidu) – hovoříme pak o neproduktivní (akinetické) a produktivní (hyperkinetické) formě

F06.2 ORGANICKÁ PORUCHA S BLUDY

- především trvalé nebo vracející se bludy
- nekonstantně se mohou objevovat také halucinace a jiné symptomy, se kterými se setkáváme u schizofrenie (negativismus, emoční oploštělost, poruchy myšlení apod.)
- v pozadí opět stojí organická příčina

F06.3 ORGANICKÉ PORUCHY NÁLADY (AFEKTIVNÍ)

- mohou směřovat k pólu depresivnímu i manickému a mohou mít také bipolární nebo smíšený průběh

F06.4 ORGANICKÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA

- se projevuje epizodickou nebo generalizovanou úzkostí, která rozvíjí v souvislosti se somatickým onemocněním

F06.5 ORGANICKÁ DISOCIATIVNÍ PORUCHA

- charakteristická částečnou nebo globální ztrátou integrity mezi pamětí, vnímáním, vědomím vlastní identity a motorikou

F06.6 ORGANICKÁ EMOČNÍ LABILITA (ASTENIE)

- kromě emoční lability provázena zvýšenou únavou a stížnostmi na řadu subjektivně nepříjemně prožívaných a vnímaných tělesných pocitů a stavů (např. bušení srdce, potíže s dechem)

F06.7 LEHKÁ PORUCHA POZNÁVÁNÍ (MÍRNÁ KOGNITIVNÍ PORUCHA)

na to se Procházka hodně zaměřoval!

- prováděna snížením kognitivního výkonu (paměti, pozornosti, myšlení, vizuálně-prostorové orientace apod.), což je zpravidla vnímáno a prožíváno negativně a je doprovázeno nervozitou
- objektivní testy daných funkcí mohou být normální nebo vykazují lehčí abnormitu, která ale nedosahuje demence
- jedná se spíše o subjektivní poruchu, protože testy paměti a intelektu zpravidla ukazují normální výkonnost
- projevy:
- pro mírnou kognitivní poruchu je typické zpomalení procesu myšlení, snížení koncentrace pozornosti, snížení invence a plasticity myšlení, učení se novým paměťovým obsahům dělá potíže, dochází k objektivnímu snížení výkonnosti, k redukci zájmů
- bez poruchy soběstačnosti
- není přítomna demence
- formy:
 - o dochází při ní buď k subjektivní a objektivní poruše paměti = amnestická forma
 - o nebo k subjektivní a objektivní poruše jiných kognitivních fcí = neamnestická forma
- versus: age- related memory impairment (aami) = benigní stařecká zapomnětlivost
- během 5-7 let přechází do demence 60-80% pacientů
- kritéria MCI podle Petersena:
 - o amnestická - nejčastější forma
 - subjektivní stížnost na zapomínání
 - objektivně prokazatelná porucha paměti pod 1,5 sd vzhledem k normě (revidovaně 0,5 -1,0 sd dle věku a vzdělání)
 - ostatní funkce nejsou postiženy
 - bez narušení aktivit všedního dne
 - není přítomna demence
 - o neamnestická - méně častá forma
 - subjektivní poruchy ostatních kognitivních fcí objektivně prokazatelné nps vyšetřením:
 - správně pojmenovat věci
 - správně porozumět mluvenému slovu
 - správně se orientovat v prostoru za adekvátní zrakové kontroly
 - správně naplánovat a provést složitější úkon, apod.
 - zachovalá soběstačnost a bez demence
- Amnestická forma MCI – jednodoménová:
 - o Subjektivní - objektivní poruchy paměti
 - o Zjevně snížený mnestický výkon oproti předchorobí
 - o Není patrný úbytek v ostatních kognitivních funkcích
 - o Není postižena soběstačnost ani fungování v aktivitách všedního dne
 - o Není přítomna demence
- Amnestická forma MCI – vícedoménová:
 - o Stejně jako jednodoménová – ALE: Navíc je přítomen deficit v aspoň jedné další doméně kognitivních funkcích, který je zjevně snížený oproti předchorobí
- Non- amnestická forma jednodoménová:
 - o Subjektivní stížnosti na postižení jiné než paměťové domény než paměti oproti předchorobí
 - o Objektivně prokazatelný úbytek v jiné kognitivní doméně než paměti oproti předchorobí
 - o Není přítomná demence
 - o Dle postižené oblasti lze rozlišit formy: afatická, agnostická, apraktická, dysexekutivní
- Non- amnestická forma vícedoménová:
 - o Subjektivní stížnosti na postižení dvou a více kognitivních domén, ne paměti, oproti předchorobí

- Objektivně prokazatelný úbytek ve dvou nebo více kognitivních doménách, ne paměti, oproti předchorobí
- Není postižena soběstačnost ani fungování v aktivitách všedního dne
- Není přítomna demence
- Riziko konverze MCI do:
 - Amnestická forma
 - Alzheimerovy demence - riziko do AN dle různých autorů mezi 6-15% ročně
 - Nonamnestická forma
 - FTLD (zejména při postižení exekutivních fcí u MCI)
 - Nemoc s Lewyho tělísky (vizuospaciální fce)
 - Primární progresivní afázie (afázie/anomie)
 - Subkortikální vaskulární demence (poruchy exekutivních fcí a praktických dovedností)

F07 PORUCHY OSOBNOSTI A CHOVÁNÍ ZPŮSOBENÉ ONEMOCNĚNÍM, POŠKOZENÍM A DYSFUNKCÍ MOZKU

- za projevy této skupiny duševních onemocnění stojí organická poškození mozku prokázaná klinickými a laboratorními vyšetřovacími metodami
- na základní somatické onemocnění postihující mozek „nasedají“ psychické změny sekundárně

F07.0 ORGANICKÁ PORUCHA OSOBNOSTI

- projevuje jasnou změnou vzorců chování, které byly dříve pro daného člověka typické. Projevuje se v emočním prožívání (např. emoční labilitou, apatií, euforií, podrážděností), ve změně systému motivací, potřeb a myšlenkových pochodů (např. s rozvojem podezíravosti, jednostrannosti zájmů) apod. Objevuje se zpravidla nedostatečné tlumení impulsů (včetně sexuálních) apod.
- dané příznaky přitom trvají alespoň půl roku
- i při chybějícím náhledu příznaky (ve smyslu změny osobnostních charakteristik) většinou velmi dobře registruje okolí

F07.1 POSTENCEFALITICKÝ SYNDROM

- pestré a často nespecifické symptomy
- přetrvává po proběhlé bakteriální nebo virové encefalitidě
- konkrétní projevy závisí na typu infekce a věku – může to být například rychlá unavitelnost a nesoustředěnost, apatie, nezáměr a emoční plochost aj.

F07.2 POSTKOMOČNÍ SYNDROM

- se rozvíjí následkem poranění hlavy
- projevuje se závratí, bolestí hlavy, zvýšenou únavou, podrážděností, emoční labilitou, narušením koncentrace, paměti, spánku, snížením tolerance zátěže, alkoholu apod.

F09 NEURČENÁ ORGANICKÁ NEBO SYMPTOMATICKÁ DUŠEVNÍ PORUCHA

- neurčené a blíže nespecifikované formy poruch
- užívá se co nejméně

GERONTOPSYCHIATRIE A DUŠEVNÍ PORUCHY VE STÁŘÍ

= odvětví psychiatrie zabývající se diagnostikou, terapií, prevencí a výzkumem psychických poruch u seniorů

- ve vyšším věku se vyskytuje poměrně široké spektrum duševních poruch
- výrazně roste podíl organických (a symptomatických) faktorů v etiologii těchto poruch
- nejčastější klinické formy duševních poruch ve stáří jsou **demence, deprese a deliria**

DEPRESE VE STÁŘÍ

- nejzávažnější a nejčastější porucha ve stáří

DĚLENÍ

- **malé deprese**
 - výskyt méně jak 5 symptomů deprese
 - patří zde dysthimie, deprese při poruše přizpůsobení a PTSD
- **velké deprese**
 - více jak 5 znaků deprese (trvání minimálně 14 dní u obou typů).
 - znaky: narušeno sociální a pracovní fungování, vyskytují se zde depresivní fáze, periodické depresivní poruchy a těžké depresivní poruchy v rámci bipolární afektivní poruchy
- **organická afektivní deprese**
 - před diagnózou musím prokázat organickou příčinu
 - nejčastěji to bývá cerebrovaskulární onemocnění (CMP), neurodegenerativní onemocnění (Parkinson, Alzheimer)

KLINICKÝ OBRAZ

- Odlišný od mladší skupiny- výrazná somatizace a poruchy paměti, nebývá výrazný smutek, poruchy koncentrace, změny v chování (nevycházení z bytu, zanedbávání osobní hygieny). Depresi může zvyšovat osamělost a sociální izolace, ztráta blízké osoby, nesoběstačnost, ztráta koníčků a sebeúcty, sebevražedné myšlenky.

Léčba: Antidepresiva 3. Generace SSRI 1. volba

DALŠÍ PSYCHICKÉ PORUCHY VE STÁŘÍ

LEHKÁ PORUCHA POZNÁVACÍCH FUNKCÍ

- = (mild cognitive impairment) je častá porucha, která není vždy diagnostikována
- pro tuto poruchu je příznačné, že je u ní přítomna porucha paměti jak subjektivní, tak objektivní, měřitelná psychologickými metodami, nedosahuje však stupně demence
- oproti demenčním pacientům jsou pacienti s lehkou poruchou poznávacích funkcí schopni vykonávat běžnou denní rutinu, jsou soběstační, nemají podstatné poruchy aktivit denního života
- viz předtím

ORGANICKÁ DISSOCIATIVNÍ PORUCHA

- podobá se neorganické dissociaci, zpravidla však jsou projevy chudší simplexnější (např. neúčelné zmítání se, bizarní pohyby apod.)
- k organickým psychotickým poruchám náleží organická halucinóza, organická katatonní porucha a organická porucha s bludy
- viz předtím

NÁVYKOVÉ PORUCHY

- návykové poruchy ve stáří nejsou ničím výjimečným – zneužíván je především alkohol, benzodiazepiny, analgetika

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA (VIZ TAKÉ OBRÁZKY VÝŠE)

- Při změnách osobnosti můžeme mít podezření na demenci a schizofrenii. Při organických změnách osobnosti je velmi důležité, že u ní existuje objektivní lékařský nález.
 - **Delirium** – Při deliriu je porušeno vědomí a průběh je měnlivý.
 - **Demence** – U demence je deteriorace intelektu.
 - **Organic. por. nálady** – V popředí stojí por. nálady.
 - **Organická por. s bludy** – Dominují bludy.
 - **Organická halucinóza** – **Převažují** halucinace.
 - **Funkční porucha** – U organické por. os. existuje prokazatelný organický faktor.

Zapomnětlivost: při normálním stárnutí narušuje každodenní činnosti. Demence narušuje sociální a pracovní funkce.

Schizofrenie: může být spojena s deteriorací intelektu. Od demence se liší chyběním zřetelné mozkové patologie.

Simulace a předstíraná porucha: Projevy simulace jsou měnlivé v čase i v různých situacích (při karetní hře početní úkony bezchybné, při psychol. vyšetření velmi špatné).

REHABILITACE

FYZIOTERAPIE U PACIENTŮ S DEMENCÍ NA LŮŽKOVÉM ODDĚLENÍ

- Nutné zachovat důstojnost pacientů. Nejednat jako s dětmi, nedovolovat si familiárnosti, ani přemíru soucitu. Nejlépe nestřída fyzioterapeuty. Týmová spolupráce lékařů, zdravotních sester, fyzioterapeutů a hlavně ošetřujícího personálu a rodinných příslušníků. Individuální přizpůsobení technik cvičení. Při práci s pacienty postiženými demencí začínají každý den od začátku. Nesmí se tím nechat odradit. Trpělivou prací za pomoci celého kolektivu je možné pacientovi navrátit mobilitu a zlepšit kvalitu jeho života.

KOGNITIVNÍ REHABILITACE

- Různé cvičení, zlepšující fungování jednotlivých úrovní (kognitivních) funkcí- např. soustředění pozornosti, myšlení, paměti (zrakové i sluchové), čtení, psaní apod. Cílem je zlepšit jednotlivé schopnosti, a tak omezit či zabránit vzniku problémů, ke kterým v důsledku této poruchy dochází.
- vhodné aktivity v rámci kognitivního tréninku:
 - pravidelně číst s pokusem o zopakování a výklad toho, co pacient právě četl
 - učit se něčemu novému – např. cizímu jazyku, či rozvinout základy ovládaného cizího jazyka
 - cvičit všechny druhy paměti, zejména krátkodobou, ale i dlouhodobou, sluchovou a zrakovou paměť
 - trénovat početní schopnosti s řešením slovních úloh
 - psát, udržovat mezilidské kontakty
 - kulturní a společenské aktivity
 - večer před ulehnutím zhodnotit a zrekapitulovat události proběhlého dne, luštit hádanky

SENZORICKÁ STIMULACE

- Senzorickou stimulaci můžeme považovat také za součást kognitivní rehabilitace. K procesu stárnutí patří i snižování funkčnosti všech smyslových orgánů. Toto zhoršení je však rychlejší, pokud nedochází k pravidelné senzorické stimulaci.
- **Př. Hmatová stimulace** Je vhodná spíše pro účastníky v počátečním nebo středním stadiu demence a zejména pro ženy. Účastníci ohmatávají kousky různých látek různé struktury buď za kontroly zraku, nebo se zavřenýma očima, snaží se vnímat rozdíly v jemnosti povrchu.

ORIENTACE V REALITĚ

- Poruchy chování, dokonce i agresivita mohou být důsledkem toho, že člověk postižený demencí se nedokáže orientovat, porozumět a pochopit smysl stále se měnícího světa, který jej obklopuje. Orientace realitou je edukační technikou, která umožňuje pacientovi trpícímu kognitivní poruchou rozumět situacím, které jej obklopují, po dobu co nejdelší.

ORIENTACE ČASEM, MÍSTEM, OSOBOU

- Ošetřující již ráno informuje pacienta, že je ráno, o čase, lokalitě a o tom, co budou dělat. Nic se nepovažuje za známé a samozřejmé, nutné vytvoření prostředí, které pacientům orientaci usnadní, např. barevné označení společných prostor a pokojů, označení dveří a místnosti, které se často používají – toalety s nápisem, obrázkem, kuchyň nápisem a například obrázkem přístroje.

REMINISCENČNÍ TERAPIE

- Cíl je zlepšení stavu pacienta, posílení lidské důstojnosti, zlepšení komunikace a pomoc rodinnému pečovateli. Jedná se o metodu, která využívá vybavování starších vzpomínek jako prostředku k aktivizaci.

KINEZIOTERAPIE

- Kinezioterapie podněcuje aktivitu jedince, zvyšuje sebeúctu, snižuje úzkost, depresi, percepci stresu a reaktivitu na stres, zvyšuje odolnost vůči zátěžím. V demenci narušená pravolevá orientace, proto končetiny označujeme „jedna“ a „druhá“. Cvičení vždy ve stejném čase, nejlépe denně. Mezi další vhodné kinezioterapeutické aktivity patří zejména procházky. Někteří autoři doporučují i tai chi a jógu, protože se zde jedná o pomalý a vedený pohyb.

TANEČNÍ A POHYBOVÝ PROGRAM

- Pro pacienty postižené demencí je nejvhodnější formou taneční terapeutická hodina, která probíhá v kruhu. Mají tak možnost se vzájemně pozorovat i sledovat a napodobovat terapeuta, který je součástí jejich kruhu. Aktivity, které probíhají v kruhu, napomáhají při překonávání bariér, dodávají všem pocit jistoty, jednoty a také odvahu k předvádění nezvyklých pohybů. Pomáhají také k vyjádření a vzájemnému předávání emocí.
- Mezi další metody patří: arteterapie, muzikoterapie, pet-tera

5. NEUROPSYCHOLOGICKÁ PROBLEMATIKA

- Psychické poruchy při mozkových lézích dle jednotlivých oblastí mozku. Afázie. Neuropsychologické testy.

PSYCHICKÉ PORUCHY PŘI MOZKOVÝCH LÉZÍCH DLE JEDNOTLIVÝCH OBLASTÍ MOZKU

SPECIFICKÉ KOROVÉ OBLASTI (VÍCEMÉNĚ JASNÁ VYMEZENÁ KONKRÉTNÍ FUNKCE)

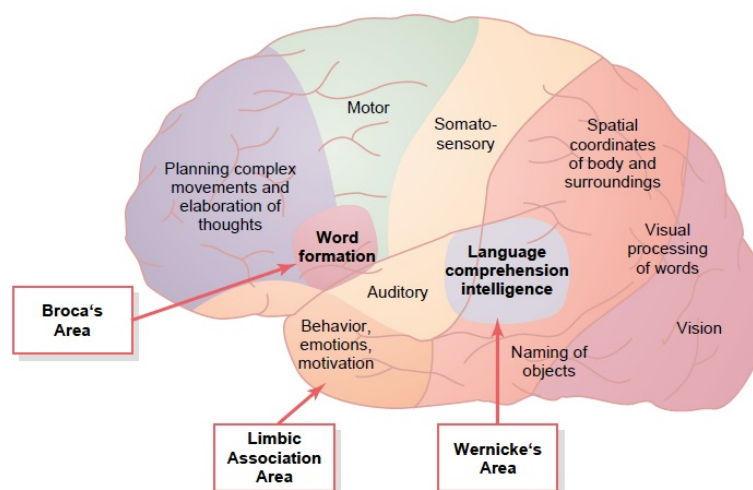


Figure 57-5

Map of specific functional areas in the cerebral cortex, showing especially Wernicke's and Broca's areas for language comprehension and speech production, which in 95 per cent of all people are located in the left hemisphere.

KLINICKÉ SYNDROMY PARIETÁLNÍCH (TEMENNÍCH) MOZKOVÝCH LALOKŮ

- nacházejí se zde **korová centra kožní citlivosti** (senzitivity a chuti)
- 1) **primární korová oblasti senzitivity**: zpracování senzitivních info z kožních čidel (dotek, bolest, chlad, teplo) i hlubokých mechanoreceptorů (uloženy ve svalech a vnitřních orgánech), vlákna se kříží
- 2) **sekundární senzitivní oblast**: integruje senzitivní vjemy, * prostorovou (mapu) těla vnímání/uvědomování

Léze postcentrálního závitu a okolních oblastí jako

- **ASTEREOGNÓZIE** = porucha poznávání věcí hmatem (vejce pohledem, hmatem při zavřených očích ne)
- **ASOMATOGNÓZIE** = ztráta vnímání nebo poznávání částí těla nebo jeho stavu (neví, v jaké poloze má pravou ruku, nebo že je to ruka a že je jeho)

DALŠÍ POŠKOZENÍ TEMENNÍHO LALOKU

- **TOPOGRAFICKÁ DEZORIENTACE** = ztráta schopnosti navigace a orientace v prostoru při nenarušeném smyslovém vnímání; týká se poškození temenních a týlních laloků
- **NEGLECT SYNDROM – OPOMÍJENÍ¹** = selektivní porucha uvědomování si podnětů z poloviny prostoru kontralaterálně k mozkové lézi (hl. napravo), v praxi tyto podněty člověk „ignoruje“, nereaguje na ně a nepříznivě jim chová (neoblékne ji, nenakreslí, nepřečte); nejčastější příčinou cévní mozková příčina
- **SYNDROM DYSLEXIE** (SYNDROM VÝVOJOVÉ LÉZE *GYRUS ANGULARIS*) = poměrně častá vývojová vada, jako neschopnost naučit se číst (s to přečíst písmena, vážne čtení slabik, zvláště slov), intelekt je normální, dítě vyžaduje pouze speciální pedagogický přístup (v jiných předmětech může vynikat)
- **SYNDROM GERSTMANNŮV DOMINANTNÍ HEMISFÉRY** = poruchy rozlišování pravé/levé strany (vlastní tělo i okolí), agnózie² prstů, akalkulie, alexie, agrafie – nemusí všechny

KLINICKÉ SYNDROMY TEMPORÁLNÍCH (SPÁNKOVÝCH) MOZKOVÝCH LALOKŮ

- nacházejí se zde zejména **korová centra sluchu a rovnováhy**
- korová centra k analýze zvuku (co slyším), v kombinaci s asociačními oblastmi k širšímu zařazení (kdo/co se ozývá) a prostorové analýze (kde se to ozývá, blíží se to/vzdaluje)
 - 1) **Primární sluchová oblast** (horní část, tzv. Herschlovy závity): rozlišuje nízké/vysoké tóny
 - 2) **Sekundární sluchová oblast**: podrobnější analýza slyšeného, vztah k paměti a řeči
 - 3) **Korové centrum rovnováhy**
 - 4) **Wernickeovo senzitivní centrum řeči**: porozumění řeči (nezbytná i funkce smyslových center – př. sluch)

Projevy poškození temporálních laloků

- **SYNDROM KLÜVER-BUCY**: hypersexualita, bojácnost, agresivita, emoční oploštělost, apatie + ztráta strachu
- **KORSAKOVŮV SYNDROM**: neví věci před nemocí (retrográdní), během (anterográdní), zastření konfabulací
- **SLUCHOVÁ AGNÓZIE** = slyší, nepoznává jednotlivá slova, zvl. forma **amuzie** (ne s to vnímat a tvořit hudbu)

¹ zpravidla pravý temenní lalok, ale může * i poškozením jiných částí př. mozkového kmene, talamu, a dalších)

² agnózie = porucha poznávání prostřednictvím smyslů

- **WERNICKEOVA** (plynulá) **AFÁZIE** (=L hemisféra): zrychlená mluva s vesměs dobrou výslovností, narušeno chápání slyšené řeči, opakování, pojmenovávání, hlasité komolení slov, nepřiléhavé výrazy, logorea
- **čichové a sluchové pseudohalucinace** (často součást epileptických záchvatů)
- **epileptogenicita** (charakteristická pro spánkový lalok – vyvolání epileptických záchvatů): objevují se **iluze** viděného a slyšeného, nepoznává prostředí, **snové stavy** (jako by se nacházel ve snu)
- **změna osobnosti** = ztráta zájmu o dříve drahé věci (koníčky, rodina), klesá pracovní výkonnost a hl. pečlivost a svědomitost, i zájem o zevnějšek a hygienu

KLINICKÉ SYNDROMY ČELNÍHO (FRONTÁLNÍHO) MOZKOVÉHO LALOKU

- jsou zde především korové **motorické oblasti** a korové centrum **čichu**
 - 1) **Primární motorická oblast**: centrum volního řízení hybnosti kosterních svalů: **motoriky**
 - 2) **Frontální okohybné pole**: řízení jemných pohybů očí, sledování viditelného cíle nebo pracuje na podkladě vnitřních podnětů (ne/vědomých: př. při přemýšlení, smyšlenek tendence uhýbat pohledem určitým směrem)
 - 3) **Frontální asociační oblast**: propojuje, integruje informace, hlavně myšlenkové operace (procesy) spojené s řešením problémů, specifické formy lidského chování
 - 4) **Brockovo motorické centrum řeči** (levá mozková polokoule): důležité pro realizaci řeči s dalšími oblastmi mozku např. motorické oblasti ovládající funkci jazyka, mimických a dýchacích svalů
 - 5) **Primární čichová oblast**: analýza čichových informací (z Talamu bez přepojení)

Projevy poškození čelního laloku

- **BROCKOVA** (neplynulá) **AFÁZIE**: narušení exprese řeči, pomalá, neplynulá, namáhavá řečová produkce s narušenou gramatickou skladbou (porucha syntaxe) tj. vesměs rozumí, není schopen kvalitního a srozumitelného řečového projevu, pokud postižení mozku následkem CMP zahrnuje Brocovu oblast, je obvykle postižena také okolní motorická kůra a pacient má zároveň **hemiplegii**. Protože většina populace má jako řečovou levou hemisféru, je její postižení sdruženo s **pravostrannou hemiplegií** (křížení tr. corticospinalis).

KLINICKÉ SYNDROMY TÝLNÍHO (OKCIPITÁLNÍHO) MOZKOVÉHO LALOKU

- korová centra **zraku** (vnímání barev, rozlišování a sledování pohybu, info o (ne)známých tvářích)
- 1) **Primární zraková korová oblast**: zpracovává zrakové info ze sítnice (křížení vláken zrakového nervu)
- 2) **Sekundární korová oblast**: třídění a rozbor zrakových info, srovnává a zařazuje zrakové vjemy do souvislostí a ukládá je do paměti

Projevy poškození týlních laloků

- **iritační příznaky** (vyvolány i farmakologicky + jako abstinenční příznaky): zrakové halucinace, iluze, vyskytují se u epilepsie okcipitálního laloku (elementární halucinace = obvykle barevné skvrny a kruhy; komplexní halucinace = lidi, zvířata, různé objekty lokalizovány více směrem k temporálnímu laloku); zrakové iluze = zkreslené reálné obrazy se změnami ve velikosti a tvaru
- **zraková agnózie** = př. normálně vidí a nepoznává předměty zrakem (u dominantní hemisféry), narušení zrakové orientace v prostoru; podrobně popíše předmět (barva, tvar), ale není schopen ho rozpoznat
 - o **prosopagnózie** = neschopnost rozeznat známé obličeje (váže se na nedominantní hemi)
 - o **alexie** (typ zrakové agnózie) ne s to číst, porozumět psanému, někdy nepoznává jen některé znaky
 - o **visuospeciální agnózie**: ztráta topografické paměti, rozpoznávání krajiny, domů

BAZÁLNÍ GANGLIA

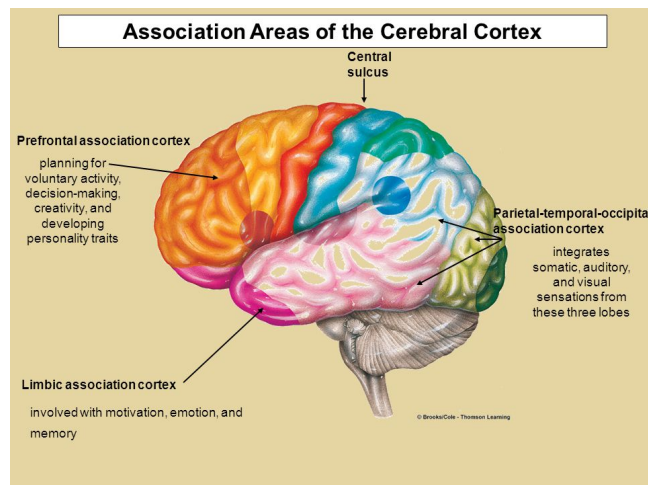
- mohutné **podkorové útvary** tvořeny šedou hmotou mozkovou (shluk těl neuronů)
- v neuronech BG nejčastěji 3 druhy mediátorů: dopamin, acetylcholin, kyselina gama-aminomáselná
- zákl.: řízení motoriky (s dalšími částmi mozku- př. plánování a realizace pohybů), pomáhají vytvářet návyky
- podíl na realizaci naučených i vrozených, relativně auto. odpoví na senz. podněty (otočení za zvukem)
- zasahuje do pracovní paměti, podílí se na myšlení, ovlivňuje pozornost, poznávání, emoce, chování

Narušení funkce BG

- obraz **subkortikální (podkorové) demence**
- poruchy motorických funkcí:
 - o **Hypotonicko-hypertonický syndrom**: snížení svalového tonu (napětí svalů), nadbytečné mimovolné pohyby narušující hladký průběh cílených pohybů a obtěžují
 - o **Hypertonicko-hypokinetický**: zvýšení tonu svalů a snížená hybnost, př. Parkinsonova nemoc

ASOCIAČNÍ KOROVÉ OBLASTI (S NEVYHRANĚNÝMI INTEGRATIVNÍMI FUNKCEMI)

- každá specializovaná
- role ve většině mozkových procesů a psychických funkcí (paměť, vůle, myšlení, pozornost,...), řízení specifických forem lidského chování, aktivity, řeči, vliv na emoční prožívání atd.
- propojují, koordinují, integrují, asociují činnost jednotlivých mozkových oblastí i mozku jako celku
- jsou ve všech mozkových lalocích, prioritně se podílejí na zpracování a užití info ze smyslových org.



UNIMODÁLNÍ OBLASTI

- shromažďují, zpracovávají, integrují informace pouze z **1 smyslové kvality**; rozvíjí se učením
- **poškození = AGNÓZIE – porucha poznávání pomocí smyslů** (narušení poznávacích funkcí mozku) např. smyslově objekt vnímá, není schopen ho poznat (narušeným smyslovým systémem tj. zrakem ne a hmatemano)

HETEROMODÁLNÍ OBLASTI (3. ÚROVEŇ)

- integrují vjemy **více smyslových kvalit** + využívají **minulé zkušenosti a paměťové stopy** + současně ukládají pro budoucí (do paměti) + spojeny s emočním cítěním
- přispívají ke * subjektivního, emočně zabarveného individuálního obrazu světa („jak to vnímám já“)

SUPRAMODÁLNÍ OBLASTI

- podíl na **modulaci lidského chování, myšlenkových pochodech řešení problémů, testování reality**
- v přední části kůry ČL = **prefrontální** = nejvyšší úroveň mozkového řízení a integrace

PREFRONTÁLNÍ KŮRA

- individuální variace mozku hlavně zde – podíl na celkové integritě osobnosti, sebeřízení, sebeuvědomování
- podíl na abstraktním myšlení, plánování, řízení činnosti, zvládání více činností najednou, schopnost empatie, sociálního cítění, naučení se a udržení soc. přijatelného a etického chování, tlumení agrese
- zasahuje do myšlení, cítění, činění
- oboustranně spojena všude: integruje info z vni + vně prostředí a koordinuje činnost celého mozku

SYSTÉM	LOKALIZACE	PODÍLÍ SE NA	PORUCHA
dorzolaterální (zevní)	horní část PFK	pracovní paměť, myšlení, plánování, příprava činnosti, tlumení nežádoucího chování, zájem, motivace	viz. níže – deprese
orbitofronální (spodní)	nad očními	velká část osobnostní charakteristiky jedince a jeho projevy	viz. níže – emoční labilita
mediální (vnitřní)	vnitřní plocha ČL	kontrola řídicích fcí, vnitřních orgánů, pozornosti, účast na emočním prožívání	deprese, apatie, sklon k agresivitě, úzkost, s↓ soc. zábran, hypersexual., zvýšený příjem potravy, O-K projevy
frontopolární	vepředu	řídící fce, držení se cíle, celkové utváření OS	

PROJEVY POŠKOZENÍ PREFRONTÁLNÍ KŮRY ČELNÍCH LALOKŮ

- **DORZOLATERÁRNÍ SYNDROM:** připomíná těžkou depresi (v minulosti označován „pseudodeprese“), klesá průbojnost, iniciativa, zájem o okolní svět, člověk je pasivní, lhostejný, nečinný (nejí, nepije, leží v posteli), citově oploštělý, neprožívá žádnou náladu a pocity (včetně prožívání bolesti); některé projevy podobné demenci (snížená schopnost plánovat, předvídat a organizovat chování, závislost na prostředí, snížená schopnost až neschopnost začít jakoukoli činností – pokud začne, je pro něj těžké změnit, dělat něco jiného)
- **ORBITOFRONTÁLNÍ SYNDROM:** emoční labilita, chabá schopnost sebekontroly, nadnesenost a euforie po smutek a zuřivost, netlumí okamžité uspokojení, nepředvídají důsledky svých činů

SYMPTOMY PORUŠENÍ PREFRONTÁLNÍ KŮRY

- **DEPRESIVNÍ „PSEUDOEXEKUTIVNÍ“ SYNDROM:** léze levého frontál. laloku: depresivní porucha, odp. typu endogenní i se somatickým syndromem, porucha plánování, abstraktního uvažování, slovní plynulosti, prac. paměti, perseverace, pozornosti
- **Konfabulace:** produkce bizarních a nesprávných odpovědí, smyšlenek, př. sdělování fantaskních příběhů
- **ORGANICKÁ PORUCHA S BLUDY:** typická pro akutní fázi poruchy frontálních fcí, často spojeny s pravou frontální/bifrontální lézí; nedostatek sebekritiky, bizarní explanace skutečnosti
- **Katastrofické reakce:** manifestace akutní paniky, poplachová reakce, která je neadekvátní; problém řešit zcela jednoduché úkoly pro zahlcení katastrofickými obsahy
- **Porucha uvědomování:** narušena schopnost reflexe sebe sama, náhled na vlastní problémy, v extrému popírání potíží navzdory evidentním nezdarům
- **frontální bradypsychie:** povšechné zpomalení psychické činnosti (i v jiných oblastech mozku), zde hl. perseverace = ulpívání na jednom přístupu k řešení problému, i když se ukazuje jako nesprávný
- **gatismus:** společensky neúnosné chování s inkontinencí a nezájmem o tělesnou hygienu
- **moria:** kombinace bradypsychie + vtípkování: odpovědi na otázky nehorázné, budí smích/pohoršení
- **puerilismus:** dětské chování

SCHIZOFRENIE

- virová hypotéza a porucha zrání mozku (virová infekce matky kolem 5. měsíce ruší vývoj mozku embrya)
- hypotéza maturace mozku: zákl. je degenerace mozku, zvýšení aktivity fosfolipáz ve frontálním mozku
- organické poškození mozku a psychopatologie ve vztahu ke schizofrenii:

ANATOMICKÁ LOKALIZACE LÉZE	PSYCHOPATOLOGIE
Frontální lalok – mediální část	Katatonní a hebefrenní příznaky, ztráta iniciativy, volní a intelektové aktivity, zárazy v myšlení, mutismus
Frontální lalok – laterální část	Poruchy zpracování info, přehlčení senzorickými podněty, zmatenost, poruchy pracovní paměti, chudost řeči
narušení okruhu bazální ganglia- frontální kortex	Senzorické poruchy, agitovanost, hyperaktivita, apatie, emoční oploštělost, katatonní stavy
Temporální lalok	Nepřiměřená emoční reaktivita, agresivita, afázie, paranoidita, halucinace, poruchy paměti, magické, religiозní myšlení
Amygdala, hipokampus	Komplexní halucinace, poruchy řeči a myšlení, paměti a učení, sociálně-emoční agnózie

ROZTROUŠENÁ SKLEROZA

- pomalu progredující demyelinizační onemocnění postihující mozek a míchu
- v důsledku imunitních pochodů dochází k rozpadu myelinových pochevizolujících nervová vlákna

- projevy, důsledky závisí na lokalizaci ložisek demyelinizace (plak, zánětlivá ložiska v bílé hmotě): motorika, senzitivita, smyslové vnímání
- akutní ataky střídány remisí, příznaky se časem zhoršují, postižení kumuluje
- příznak: únava, nápadné poruchy emočního projevu (sklon k depresivnímu ladění, afektivní labilita, ...), poruchy pozornosti a kognitivních funkcí (až do obrazu demence)
- terapie: umožňuje zpomalit i zastavit onemocnění, neumíme vyléčit, potřeba pracovat s rodinou
- diagnostika: MR (zjistit zánětlivá ložiska), lumbální punkce (vyšetření mozkomíšního moku k průkazu produkce specifických protilátek)
- léky: **interferony** (zastavit, zpomalit)

EPILEPSIE

- podkladem je většinou chronické onemocnění mozkové tkáně pestré etiologie
- projevy: opakované epileptické záchvaty různého charakteru (* na základě abnormální elektrické aktivity určité skupiny neuronů **epileptogenního** ložiska, které může zůstat lokalizované nebo se šířit) – za vznikem ložiska – mikrotraumata při porodu, úrazy hlavy, toxické látky (hl. alkohol), infekce, jiné
- *parciální e. záchvaty*: * v ohraničené části mozku, mohou se projevovat podle lokalizace příznaky motorickými (křeče), senzitivními (př. pocity brnění), sensorickými, vegetativními, psychickými
- *generalizované e. záchvaty*: postihují významně motoriku a vědomí, **tonicko-klonický záchvat (grand mal)** doprovázen bezvědomím, před vlastním záchvatem se může objevit jednoduché halucinace (záblesky světla) tzv. aura. **Malý záchvat** (petit mal) chvilkové bezvědomí, často velmi nenápadné – vteřinové zahledění, ztráta koordinace pohybu, vypadnutí předmětu z ruky.
- trvalejší změny: narušení emočního prožívání (inhibice, negativní ladění, labilita), změny poznávacích procesů (s postižením paměti, řeči, menší pružnost myšlení až epileptická demence), změny chování a OS.
- **doporučení**: nepracovat na směny, nepít alkohol, pro potlačení záchvatu **konvulziva (antiepileptika)**

PROBLEMATIKA AFÁZIE

- různé formy v závislosti na oblasti mozku, která je poškozená
- centrální porucha vyjadřování a chápání jazyka podmíněná poškozením mozku
- psychogn: cášský test afázie (AAT), (komplexní hodnocení s psaním a čtením), Token test (kvantifikace poruch receptivní složky řeči a krátkodobé paměti)
- dif. dgn: dysartrie, agnozie, apraxie, alexie, mutismus
- trvání: **akutní** (4-6 týdnů od poškození, cca 1/3 zde mizí), **postakutní** (do 1 roku), **chronická**
- terapie: obrázkový slovník (opakování, pojmenování, přiřazování slov),

1. MOTORICKÁ (EXPRESIVNÍ): BROCOVO CENTRUM (FRONTÁLNÍ LALOK)

- neschopnost produkovat mluvu, zachováno porozumění řeči, ani neopakují předříkané
- vyráží ojedinělá slova, slabiky, perseveruje, komolí slova (parafrázie), hrubky (agramatismus)
- nedostatky řeči si uvědomuje

2. SENZORICKÁ (RECEPTIVNÍ): WERNECKEHOVÉ CENTRUM (SPÁNKOVÝ LALOK)

- neschopnost rozumět řeči, chyby si neuvědomuje a zlobí se na své okolí, že mu nerozumí
- automatismy, nelogičnost, směsice nesmyslů (slovní salát)

3. AMNESTICKÁ

- porucha vybavování názvů, slov pro označení věcí, osob, situací, činností
- rozumění řeči neporušeno, často porucha čtení a psaní

4. GLOBÁLNÍ

- nejtěžší motorická porucha řeči, nerozumí a není schopen přiměřeného řečového projevu
- doprovázena alexií, agraphií, akalkulií

5. KONDUKČNÍ, CENTRÁLNÍ AFÁZIE

- slabě opakuje s chybami, plynule mluví, dobře rozumí

NEUROPSYCHOLOGICKÉ TESTY

SCREENINGOVÉ TESTOVÉ BATERIE

HALSTEAD-REITANOVA NEUROPSYCHOLOGICKÁ BATERIE (HRNB)

- vyšetření laterální dominance, test taktilního rozpoznání tvarů, screeningový test afázií, test oscilace prstu (tapping), síla stisku, Test cesty (Trail Making Test), senzoricko-percepční vyšetření, test rytmu, test percepce zvuků řeči, test taktilního výkonu či test kategorií
- má široký záběr, nemusí se administrovat celá, někdy postačí jen její části, čehož se v praxi využívá hojně
- **malá** pružnost, časová náročnost, nehodí pro pečlivější vyšetření př. senzorických/motorických handicapů
- **administrace** včetně WAIS-R a MMPI cca 6-8 hodin

LURIA-NEBRASCA NEUROPSYCHOLOGICAL BATTERY (LNNB)

- verze od 15 let (+ dětská verze 8-12)
- kvalitativní + kvantitativní vyhodnocení

DIAGNOSTIKA AFÁZIE

- **Minnesotský test pro dif. diagnostiku afázie:** cca 3 hodiny, poruchy zraku, sluchu, čtení, řeči, vyjadřování, poruchy počítání
- **Screeningový test afázie (Halstead-Wepman):** řeč, čtení, psaní
- **Token test: (rozumění řeči)** Pacient má před sebou několik žetonů (čtverečky a kolečka v různých barvách a velikostech), dostává pak příkazy a my hodnotíme, jak je plní („dejte červené kolečko na zelený čtvereček“)

VYŠETŘENÍ EXEKUTIVNÍCH FUNKCÍ

- plánování: **Rey-Osterriethova figura** (paměť), **Porteusovy labyrinty** a **Testy věží:** Londýnská a Hanojská
- abstraktní myšlení: **Test přísloví** (vysvětlit přísloví)
- formování konceptu, sociálního úsudku: podobnosti ve WAIS-R („Co mají společného stůl x knihovna“)
- kognitivní výkonnost: **Testy verbální fluence** („Co nejvíce slov začínajících na písmeno...“)
- Kognitivní flexibilita a psychomotorická rychlost: **Test cesty část B** (střídavé čtení čísel a písmen)
- Formování konceptu, kognitivní flexibilita (ustanovení a udržení kognitivního zaměření): **Wisconsinský test třídění karet** (citlivý na poruchy frontálního laloku. Přiřadit kartu s určitými symboly podle jednoho z kritérií ke zbývajícím kartám. Kritériem je tvar, barva, počet, v příběhu se dynamicky mění.
- plánování a kontrola impulzů: **Perceptual maze test** (Plánování cesty sítí čar ve tvaru pyramidy. Některá místa zakreslena jako tečky; úkolem je, aby cesta nakreslená do pyramidy obsahovala co nejvíce teček. Zkoušený se nesmí vracet.
- účelné jednání: **Tinkertoy test:** Pacient má sestavit cokoliv během 5 minut, ptáme se ho, co sestavil, a hodnotíme pojmenování, počet zapojených částí, mobilitu předmětu

SPECIFICKÉ ŠKÁLY U DEMENCÍ – INTELEKT

- Mini Mental State Examination
- Mattisova škála demence
- Sedmi minutový screeningový test

DIAGNOSTIKA PATOLOGICKÉHO STÁRNUTÍ

- **Test hodin:** paměť, vizuálně-konstrukční schopnosti, výkonové funkce (představitelství a vlastní provedení) málo bodů: demence, neglect, apraxie, poruchy zorného pole, delirium

6. DUŠEVNÍ PORUCHY VYVOLANÉ ÚČINKEM PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK

Dle MKN 10: Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivní látky (F10 až F19)

- X.0 Akutní intoxikace
- X.1 Škodlivé užití
- X.2 Syndrom závislosti
- X.3 Odvykáací stav
- X.4 Odvykáací stav s delíriem
- X.5 Psychotická porucha
- X.6 Amnestický syndrom
- X.7 Psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem
- X.8 Jiné duševní poruchy a poruchy chování
- X.9 Neurčené duševní poruchy a poruchy chování

Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním:

- Alkohol (F10)
- Opioidů (F11)
- Kanabinoidů (F12)
- Sedativ nebo hypnotik (F13)
- Kokainu (F14)
- Jiných stimulancií včetně kofeinu (F15)
- Halucinogenů (F16)
- Tabáku (F17)
- Organických rozpouštědel (F18)
- Více drog a jiných psychoaktivních látek (F19)

1. DUŠEVNÍ PORUCHY A PORUCHY CHOVÁNÍ VYVOLANÉ ÚČINKEM PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK (ALKOHOL)

ZÁVISLOST NA ALKOHOLU

1. Fáze počáteční

- Psychická závislost, dobrá nálada až euforie, postupný „trénink“ – pije protože je to spojené s příjemným

2. Fáze prodromální – varovná

- Stoupá tolerance, první palimpsesty (epizody, které si nemůže vybavit = „alkoholová okénka“)

3. Fáze rozhodující – krucální

- Ztráta kontroly, RACIONALIZACE (zdůvodňování, osočování že druzí přehánějí), somatická závislost (tělo alkohol vyžaduje, aby mu nebylo špatně), klesá tolerance (potřebuje méně alkoholu, systémy kolabují), odvykáací stavy (po snížení nebo vynechání)

4. Fáze terminální – konečná

- Pije cokoliv, co obsahuje alkohol (i technické věci), klesá tolerance
- Výrazné tělesné důsledky
- Chátrání a úpadek osobnosti, může se rozvinout dlouhodobým působením alkoholu na neurony alkoholová epilepsie nebo alkoholová demence
- Devastace sociální, pracovní i kognitivní

ODVYKÁČÍ STAV

- Spojený vždy se závislostí
- Objeví se, když člověk vysadí nebo sníží množství látky, na které vznikla závislost
- Prostý F31x.30
- Komplikovaný křečemi – F31.31

ODVYKÁČÍ STAV SPOJENÝ S DELIRIEM

- Somatické příznaky (pestré – často předchází a doprovází také odvykáací stav bez deliria)
- Psychické příznaky (pestré, měnlivé obsahem i intenzitou – paměť, vnímání...)
- Některé trvají hodiny – dny – týdny
- Závažnost: nízká – střední – vysoká (člověk může umřít)

DELIRIUM TREMENS

- odvykáací stav spojený se snížením alkoholu v krvi

- Jednoznačný průkaz závislosti na alkoholu – nevznikne, pokud v sobě má člověk alkohol
- Somatické příznaky (začínají první) – třes, křeče, epileptické záchvaty, rozvrat vnitřního prostředí, vnitřní krvácení, úrazy, poruchy prokrvení (blednutí, červenání), pocení, zvýšení TK...
- Psychické symptomy – porucha vědomí, desorientace časem, místem (osobou nemusí být), halucinace (mikrozoopsie – halucinace malých tvorů – hmyz, brouci, pavouci, mravenci, myšky), bludy, sugestibilita, porucha chování („delirium zaměstnanosti“ – pořád něco dělá – cupuje pyžamo, přitom prožívá, že zpravuje mašinu) ...
- Volat 155, JIP, uzavřené oddělení

PSYCHOTICKÁ PORUCHA

- v souvislosti s požitím (do 48h), přechodná
 - o toxická psychóza (bludy + halucinace)
 - o toxická halucinóza (halucinace)
-

AMNESTICKÝ SYNDROM

- výrazné narušení paměti
 - konfabulace -> dotváření paměťových děr
-

PSYCHOTICKÁ PORUCHY REZIDUÁLNÍ A S POZDNÍM NÁSTUPEM

- po období přímé intoxikace, má souvislost s dlouhodobým a opakovaným působením
- psychotické symptomy AŽ PO odeznění intoxikace

Komorbidita často s **afektivními poruchami, poruchami osobnosti, jinými závislostmi** > po léčbě časté recidivy, kontrolované pití je prakticky nemožné.

Léčba: psychoterapie, komunity > dosažení náhledu (nejen verbálního, ale i produktivního); detox, podpůrná farmakoterapie (Antabus).

SOUVISEJÍCÍ PSYCHOTICKÉ PORUCHY

DELIRIUM TREMENS

- trvá 2-5 dní s kolísavou intenzitou. Pokud trvá déle, narůstá riziko smrti. To platí i v situaci, kdy delirium zdánlivě odezní a po 1-2 dnech se příznaky vrátí (svědčí to o hlubokém narušení CNS).
 - Přichází po odnětí alkoholu, proto hovoříme o odvykacím stavu s deliriem.
 - je spojeno s edémem mozku. Po odeznění akutních psychotických příznaků se objevuje narušení paměti v oblasti vstřípivosti a retence. Návrat k premorbidnímu stavu od několika dnů po desítky dnů/ vůbec. Po opakovaných deliriích tremens se projeví příznaky Korsakovovy psychózy, nebo alkoholické demence.
-

ALKOHOLICKÁ HALUCINÓZA

- Znakem jsou sluchové halucinace. Nástup je pozvolný v prodromální fázi, kdy slyší různé vytrvalé zvuky, po požití alkoholu odeznívají. V rámci „autoterapie“ obnovují abúzus za cenu narůstajícího poškození. Halucinace mají ve většině nepříjemný, který se neustále opakuje. Po požití alkoholu dočasně nepříjemné sluchové halucinace ustupují. Pocit bezvýchodnosti někdy vede až k pokusu o sebevraždu. Terapie stejná jako u běžných psychóz.
 - Riziko: Antipsychotika jsou tlumivé, jedinec se cítí handicapovaný a léky vysazuje. Po předčasném vysazení léčby se halucinace brzy vrací.
-

ALKOHOLICKÁ EPILEPSIE

- Zásadní otázkou je míra a hloubka poškození CNS alkoholem. Část jedinců, u kterých se vyskytl jeden/ nemnoho epileptických paroxů, vykazuje relativně menší míru poškození CNS = stav, který může být reverzibilní. U řady jedinců došlo k takové míře poškození, že epilepsie je trvalým důsledkem => trvalá antiepileptická léčba.
-

KORSAKOVO ALKOHOLICKÁ PSYCHÓZA

- Objevuje se po dlouhodobém systematickém abúzu alkoholu nebo jako vyústění opakovaného deliria tremens.
- **Příznaky:** masivní narušení paměti (vstřípivost a retence), nepamatují si časové a místní zařazení. Konfabulace nastupují v situaci nefunkční novopaměti jako náhrada za chybějící pamětní data. Z dřívější paměti si jedinec vybírá podobná data k aktuální situaci, protože tam si data nepamatuje.

ALKOHOLICKÁ PARANOIDNÍ PSYCHÓZA

- Může být diagnostikována jako paranoidní schizofrenie, kdyby spouštěčem nebyl abúzus alkoholu. **Příznaky:** porucha myšlení (bludy) a porucha vnímání (halucinace). Bludy mají tendenci k systemizaci. Častý je obraz nevěry partnera s persekucí komponentou - nevěrný partner se pokouší nemocného zlikvidovat apod.

DIAGNOSTIKA ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU PODLE JELLINEKA

1. **Typ alfa** – u lidí, kteří alkoholem „řeší“ aktuální problémy, napětí. Psychogenně podmíněný typ. Po odeznění potíží odeznívá i abúzus, poté se znovu objevuje v případě nové psychické nepohody. Většinou nedochází k dalšímu rozvoji a vzniku závislosti.
2. **Typ Beta** – U lidí s vyšší sociální konformitou => sociogenní podmíněnost. Jedinec se nechce lišit od okolí, takže se „přidává“ k popracovnímu popíjení. Sám o sobě nemá potřebu pít. Většinou nedochází ke vzniku závislosti.
3. **Typ Gama** – Primárně sociální charakter, avšak na s bažením. To má zprvu charakter psychické závislosti a posléze přerůstá i v závislost fyzickou. Často ústí do vzniku závislosti na alkoholu. Převažuje u mužů.
4. **Typ Delta** – Kdysi označován alkoholická toxikomanie => samotářské pití, kde je nezprostředkovaný vztah jedinec x droga. Zprvu se jedná o navození žádoucího stavu drogou, posléze mizí schopnost základní kontroly a stav se mění v průběžnou intoxikaci. Vzhledem k utajenosti může dlouho unikat pozornosti okolí => závažnější důsledky jak psychické, tak somatické. Převažuje u žen.
5. **Typ Epsilon** – epizodický (alkoholické tahy) abúzus. Označován jako kvartální pití/ dipsomanie. Po relativně dlouhých fázích abstinence se najednou objeví abúzus trvající několik dní až týdnů. V tomto období jedinec postupně ztrácí schopnost dodržet základní pravidla, přestává docházet do práce.. Nepříliš frekventovaný typ.

2. DUŠEVNÍ PORUCHY A PORUCHY CHOVÁNÍ VYVOLANÉ ÚČINKEM PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK (MIMO ALKOHOL)

PORUCHY VYVOLANÉ ÚČINKEM PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK

- látky – budivé (kokain), tlumivé (alkohol) a halucinogenní (LSD)
- návykové látky = drogy – legální, ilegální;
- vznik závislosti – dispozičně-expoziční model (náchyllost + dostupnost)

PORUCHY VYVOLANÉ UŽÍVÁNÍM OPIOIDŮ

- **opium, morfin** a řada léků → syntetizován **heroin**, metadon, kodein
- **aplikace:** šňupání, per os, intravenózně
- akutní intoxikace opioidy => **útlum, apatie**, somnolence, blaženost nebo úzkost
- závislost vzniká během několika **týdnů**, nejrychleji jde heroin a u intravenózní aplikace
 - o u látek podávaných lege artis je to jen asi 1%
- odvykací stav přichází po pár hodinách od poslední dávky (Jak? Nausea, křeče,... → není nebezpečné)
- u nás řádově tisíce závislých → poruchy **chování, myšlení** zaujaté drogou, **chátrání** organismu (souvisí se stylem života závislých)
- etiopatogeneze → „hledací zážitků“, vliv prostředí, dostupnost drogy, uvažuje se o diskretní poruše CNS
- **biologická léčba:**
 - o u akutní intoxikace aplikujeme Naxolon (opioidní antagonist)
 - o léčba odvykacího stavu většinou při hospitalizaci
 - o substituční (Metadon) a symptomatická léčba

PORUCHY VYVOLANÉ UŽÍVÁNÍM KANABINOIDŮ

- látky pocházející z **konopí**
- účinná látka tetrahydrokanabinol - šlechtěné kultivary obsahují až 20% THC
 - o **marihuana** z listů
 - o **hašiš** z pryskyřice
- účinek za 10-20 min., zcela se vyloučí z těla až po x dnech (týdnech)

- krom jiného má **antiemetický, antikonvulzivní, analgetický** účinek, testuje se léčba glaukomu, nechutenství...
- akutní intoxikace → změna chování, nálady, vnímání
- závislost
- abstinenční syndrom vzácně
- léčba: antidepresiva, neuroleptika, benzodiazepiny

PORUCHY VYVOLANÉ UŽÍVÁNÍM HYPNOTIK A SEDATIV

- často předepisované, **dostupné**
- rizika jejich užívání jsou podceňována; hlavně **benzodiazepiny** jako diazepam, rohypnol; i **analgetika**
- akutní intoxikace se **podobá opilosti** (nálada, chování, amnézie)
- **škodlivé užívání** vyvolává, to co mělo být původně léčeno → poruchy spánku, neklid, deprese
- **odvykací stav** po náhlém vysazení může probíhat **dramaticky** → třes, zvracení, psychomotorický neklid, delirium, křeče typu grand mal
- závislost často u **zdravotníků** (léky jsou dostupné), častěji Ž (M spíše kombinují, např. u alkoholismu)
- při léčbě nutná úplná abstinence, vč. alkoholu

PORUCHY VYVOLANÉ UŽÍVÁNÍM KOKAINU

- z listů koky, původně lokální **anestetikum**
- **závislost * rychle** → kokain účinkuje krátce a je aplikován několikrát denně
- **rychlý nástup účinku**, často kombinován s jinými drogami
- **akutní intoxikace - euforie, energie, agresivita**, labilita, halucinace i delirantní stav s panikou
- odvykací stav - sklíčenost, únava, craving, sny
- u nás moc ne - je **drahý**

PORUCHY VYVOLANÉ UŽÍVÁNÍM JINÝCH STIMULANCÍ

- **amfetamin, efedrin** - jako látka použitá při syntetizování **pervitin, kofeinu, tanečních drog**
- účinky jako kokain, ale s pomalejším nástupem
 - o **anorektický** účinek (pacienti s MA, MB)
 - o **stimulační účinek** (Ritalin u ADHD); efedrin původně na léčbu AB
- akutní intoxikace: **poruchy chování, vnímání, euforie**, megalomanie, agrese, paranoia
 - o u tanečních drog **dehydratace**
 - o nekvalitní pervitin obsahuje řadu toxinů
- rychle vzniká **závislostní vazba na látku**
- odvykací stav: **craving**, útlum, letargie, hypersomnie, sny...
- pervitin v ČR velice **často** užíván

PORUCHY VYVOLANÉ UŽÍVÁNÍM HALUCINOGENŮ

- látky vyvolávající **poruchy vnímání**
 - o houby – **psylocybin**
 - o kaktusy – **meskalin**
 - o liana – iobagin
 - o syntetizované **LSD** (kys. lisergová)
- snaha léčit takto schizofrenii (NE → účinek je nepředvídatelný)
- akutní intoxikace: **halucinace, dysfunkční chování**, poruchy pozornosti, palpitace, třes, zimomřivost, dilatace zornic
 - o často **panika**, že to nikdy neskončí, že umře
 - o únik před halucinacemi (z okna)
 - o po delší době poruchy osobnosti
- **závislost nevzniká**
- typické jsou **flashbacky** → psychotické reminiscence (i po roce)

PORUCHY VYVOLANÉ UŽÍVÁNÍM TABÁKU

- **nejrozšířenější** psychoaktivní látka
- účinek a závislost vyvolává **nikotin** (Jean Nicot - dovezl do Francie a začal pěstovat)
 - o toxický
 - o tolerance vzniká rychle
 - o 85% se stává závislými

- **akutní intoxikace:** nausea, zvracení, pocení, tachykardie, labilní nálada, sny
- **škodlivé užívání:** karcinogeny, impotence a ohrožení reprodukční fce (impotence u M středního věku)
 - o ročně v ČR umře 22.000 lidí
- odvykací stav: **craving**, slabost, malátnost, dysforie, podrážděnost, trvá x týdnů
- léčba: úplná abstinence, substituční léčba, psychoterapie

PORUCHY VYVOLANÉ UŽÍVÁNÍM ORGANICKÉHO ROZPOUŠTĚDLA

- čichání těkavých látek, inhalace výparů - toluen, xylen, benzín, aceton, chloroform...
- akutní intoxikace: **apatie, letargie, hádavost**, hrubost, agrese, poruchy pozornosti, poruchy úsudku, psychomotorický útlum
- dlouhodobé škodlivé užívání: poruchy imunity a krvetvorby, záněty sliznic, poškození jater, ledvin

ABÚZUS LÁTEK NEVYVOLÁVAJÍCÍCH ZÁVISLOST (F55)

- patří k behaviorální syndromům
- nadbytečné, dlouhodobé, neopodstatněné užívání
- nevzniká závislost, ale..
- vzniká potenciální i reálné poškození

- o tělesné - o psychické	- o materiální - o sociální
--	--

CO?

- steroidy
- projímadla
- bylinné přípravky
- analgetika (neopiátová, např. Ibalgin → poškození žaludeční sliznice)
- vitamíny (< 1000mg/denně → potrhání ledvinové sliznice), minerály, potravinové doplňky...

POJMY:

AKUTNÍ INTOXIKACE

Přechodný stav, trvající několik hodin po užití psychoaktivní látky. Vede k poruše vědomí, poznávání, vnímání, emotivity a chování. Závažnost se liší podle užití látky a toleranci uživatele vůči látce.

ŠKODLIVÉ UŽÍVÁNÍ

Výsledek užívání psychoaktivních látek => zdravotní poškození somatické (infekce, hepatitida) a psychické (sekundární deprese). + nepříznivé sociální důsledky.

SYNDROM ZÁVISLOSTI

Skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, kde aplikace látky má větší přednost než dřívější jednání. Chápán jako univerzální vyjma patologického hráčství/ závislosti na internetu. Diagnostikuje se, pokud se vyskytnou alespoň po dobu 1 měsíce 3 a více příznaků (touha, potíže s kontrolou při užívání látky, tolerance k látce, zanedbávání zálib, pokračování v užívání i přes důkaz její škodlivosti). U DSM IV chybí na rozdíl od MKN 10 craving.

Léčba: technika posilování motivace (vytvoření rozporu mezi chtěným chováním a současným, práce s odporem, vyhýbání se neproduktivním sporům), KBT (Semafor - při možném rizikovém chování se zastaví a představí si semafor, červená = stop a uvažování, oranžová = zvážení možností včetně následků a zelená = vybraná možnost), svépomocná komunity...

ODVYKACÍ STAVY

Tělesné i psychické subjektivně velmi nepříjemné projevy, které se dostavují u závislého jedince při poklesu hladiny alkoholu, resp. při jeho úplném odbourání. Patří sem bolesti hlavy, pocení, zrychlený tep či vyšší tlak, třes, psychomotorický neklid, poruchy spánku, nevolnost, nesoustředivost... Bývají obecně přijímány jako znaky bio - fyzické závislosti.

CRAVING

Dychtění užívat návykovou látku. Ústřední charakteristika syndromu závislosti. Craving je spojený s chutí, zhoršeným sebeovládáním nepoučení se z negativní zkušenosti a opětovnou touhou po požití látky.

PSYCHOTICKÁ PORUCHA

Výskyt v průběhu užívání nebo jako následek užívání psychoaktivní látky, nikoliv v důsledku akutní intoxikace nebo odvykacího stavu. Typické jsou halucinace (sluchové) a bludy (paranoidní).

AMNESTICKÝ SYNDROM

Výrazné a krátkodobé zhoršení krátkodobé paměti bez narušení bezprostřední paměti, vědomí a kognitivních funkcí.

PSYCHODIAGNOSTIKA

STANDARDNÍ DIAGNOSTIKA

DOTAZNÍKOVÉ METODY

MAST (Michigan Alcohol Screening Test)-orientační zjištění závažnosti a následků abúzu „Mikšík“

MALT Mnichovský alkoholický test „Skála“. Rámcový přehled výskytu příznaků spojených s abúzem alkoholu.

ADG (Alkohol, drogy, gambling) Řehan.

HODOR významný dotazník ověřující hodnotovou orientaci vyšetřového.

VÝKONOVÉ METODY

RAVENOVY progresivní matrice- základní zjištění intelektové úrovně.

Bentonův test-zjištění organického poškození

MPDT (Minnesota Percept Diagnostic Test)

WAIS-R-poskytuje profilovanější obraz struktury inteligence.

PROJEKTIVNÍ METODY

Nejrozšířenější použití vykazuje ROR.

TAT (Tématický apercipční test) jako nástroj detekující klientovu motivaci.

INTERPERSONÁLNÍ DIAGNOSTIKA

Learyho dotazník interpersonální diagnostiky- zjišťuje umístění klientova skutečného a ideálního Já.

Diagnostika sebesystému (Já): zjištění, jak je aktuálně strukturováno klientovo Já (LOC)

TERAPIE

AMBULANTNÍ PÉČE

Široká nabídka služeb např. poradna na vysoké škole, poradna pro rodinu, pedagogicko-psychologické poradna, privátní psychologická či psychiatrické ordinace... Základním znakem je nabídka služeb umožňující klientům do ambulantní péče docházet a po konzultaci se opět vracet do svého životního prostředí.

LŮŽKOVÁ PÉČE

Oproti ambulantní, podstatně větší časový prostor, možnost sledovat nemocného v průběhu celého dne po řadu týdnů. Využití informací členů terapeutického týmu – lékařů, sester, sociálních pracovníků, režimových a rehabilitačních pracovníků. Má k dispozici nálezy specializovaných vyšetření - biochemického, neurologického... Práce s jedincem, který je vytržen ze svého přirozeného prostředí a dočasně žije ve „skleníku“.

Organizace lůžkového oddělení

Převažující typ oddělení je zdravotnický nebo výrazné zdravotnické aspekty doplněné dalšími prvky.

Zdravotnické oddělení má danou hierarchii kompetencí, rozhodování a odpovědnosti.

TERAPEUTICKÁ KOMUNITA

Průkopníkem byl Jones. Terapeutická komunita je forma (spolu)práce na oddělení i forma terapie. Jde o sjednocení (společenství) terapeutů i pacientů. Nutná osobnostní i profesionální zralost terapeutů. Aplikace vnitřního řádu obsahující potřebná pravidla upravující život kolektivu včetně „pojistek“ proti zneužívání principů komunity. **Aktivity na oddělení:** aktivity s dominancí terapeutů (vizity), aktivity vyvážené (komunity-

setkání všech) a aktivity s dominancí klientů (volné tribuny), kde má kdokoliv nezadatelné právo na autentické vyjádření včetně kritiky terapeutů bez rizika následků.

- FORMA SPOLUPRÁCE
- SPOLEČENSTVÍ

FÁZE TERAPIE

fáze detoxikace (někdy je užíván pojem detoxifikace)

fáze léčebná (v užším slova smyslu)

fáze doléčovací.

*(1. a 2. fáze koresponduje se sekundární prevencí, 3. fáze s terciální prevencí)

Detoxikační fáze: příjem nemocného, komplexní vyšetření (psychiatrické, psychologické, biochemické, neurologické, interní). Dále léčba somatických poškození s cílem dosáhnout detoxikace (odstranění bezprostředních pozůstatků abúzu). Souběžně probíhá snaha o zvýšení náhledu a motivace jedince k léčbě. Léčba somatických následků abúzu přesahuje do fáze vlastní léčby a někdy i doléčování.

Vlastní léčebná fáze

Forma režimu oddělení včetně systému pravidel, průběžného hodnocení, aplikace averzních postupů, psaní životopisu a deníku skupinová, individuální a manželská psychoterapie...

Skálův Apolinář

Apolinář je léčebný systém s behaviorálním přístupem k alkoholismu jako k nemoci. Součástí léčby je detoxifikace, averzivní terapie, psaní životopisů a deníků, komunita, pracovní a skupinová terapie, přednášky a sportovní aktivity. Hodnotící systém hodnotící nejen jedince, ale i celou skupinu => zvyšující tlak skupiny na laxního jedince.

INTEGRATIVNÍ PŘÍSTUP K TERAPII ZÁVISLOSTÍ

Integrativní přístup se snaží využít a aplikovat vše podnětné a inspirativní z různých škol a směrů s tím, že se nejedná o náhodnou eklektičnost, ale ucelený a samostatný koncept cíleně a funkčně propojující různé prvky.

LÉČEBNÁ CENTRA

Ordinace pro alkoholismus a jiné toxikomanie: součástí psychiatrie, vede je adiktolog

Kontaktní centra: K-centra práce s ilegálním nealkoholovými drogami, nezdravotnická a nestátní organizace.

Respektuje se anonymita. Nabízí se hygienický, minimální stravovací a poradenský servis, zdravotnické ošetření a výměna materiálů.

Detoxikace: pro klienty se závislostí na návykových látkách a těžkým akutním odvykacím stavem. Zahrnuje léčebné postupy při zvládání odvykacího stavu. Úkolem je eliminace psychoaktivní látky a minimalizace škodlivých účinků.

Substituční léčba: postup, kdy původně užívaná látka je nahrazená méně rizikovou látkou. Léčba může být krátkodobá 1-2 týdny, střednědobá (týdny až měsíce) nebo dlouhodobá (u opioidů), která může trvat měsíce až roky.

Ústavní péče: hospitalizace

Následná péče: péče denního stacionáře či ambulantně. Pro léčbu nealkoholových drog se osvědčily dlouhodobé pobyty v zařízeních terapeutických komunit. Dochází zde k resocializaci, psychoterapii a přebírání vlastní zodpovědnosti.

ETIOPATOGENEZE A TEORIE VZNIKU ZÁVISLOSTÍ

BIOLOGICKÉ TEORIE

Základní východisko těchto přístupů spočívá v hledání biologicky podmíněných znaků, které vytvářejí dispozice, případně přímo determinují vznik a rozvoj závislosti.

GENETICKÉ TEORIE

Předpoklad: DNA obsahuje přímou dispozici podmiňující vznik a rozvoj závislosti. V extrému se „hledá“ gen alkoholismu.

DOPAMINO - ENDORFINOVÁ TEORIE

Byla formulována na základě průkazu opiátových receptorů, endogenních opiátů a izochinolýnových alkaloidů při abúzu alkoholu. Pravděpodobně platí i pro závislost na jiných drogách. Mechanismus rozvoje abúzu a následné závislosti vysvětluje tak, že při požívání alkoholu vznikají izochinolinové alkaloidy, které mají opiátové receptory nahrazující endogenní opiáty (endorfiny), které mohou chybět již primárně, nebo jsou eliminovány. Pokles těchto exogenních alkaloidů pak navozuje disbalanci s dopadem na prožívání jedince.

NEUROBIOLOGICKÝ MODEL ALKOHOLOVÉ ZÁVISLOSTI

Drogy nahrazují přirozené zdroje odměny a mozek si zvyká na rychlou chemickou odměnu -> dochází k aktivaci odlišných genů v důsledku působení drog. Aktivace odlišných genů navozují odlišné reakce, v jejichž důsledku dochází ke změnám v systému odměny. To se na úrovni chování projeví preferováním chemické odměny, tato chemická odměna (droga) je snadněji získatelná a má rychlý efekt. Mozkový systém odměny je těsně spojen s pamětí, s emocemi a dalšími významnými funkcemi.

SOCIOLOGICKÉ STUDIE

BALES VYMEZIL 4 ZÁKLADNÍ TYPY CHÁPÁNÍ POŽÍVÁNÍ ALKOHOLU:

- abstinentní** – alkohol je chápán jako ohrožení základních sociálních norem a hodnot
 - rituální** – požívání alkoholických nápojů je spojené s rituálními či náboženskými obřady
 - konviviální** – pití alkoholických nápojů upevňuje vztahy ve společnosti
 - utilitární** – konzumace alkoholu slouží uvolnění jedince, pomáhá osobnímu uspokojení
-

TEORIE DISTRIBUCE SPOTŘEBY

Tato teorie používá Ledermannovu křivku logonormálního rozložení spotřeby. Základní tezí je předpoklad vztahu mezi celkovým objemem spotřeby a procentem alkoholických problémů. Ledermannova logonormální křivka distribuce spotřeby je jednovrcholová s výrazným jednostranným sešikmením => podle této křivky 50% spotřeby alkoholických nápojů připadá na zhruba 10% populace a dalších 50% spotřeby je rozloženo pro 90% populace.

TEORIE ANOMIE

Je to stav závažného rozpadu dosud platných sociálních norem, který může vznikat v důsledku války, revoluce, politických převratů apod., Historické analýzy potvrdily předpoklad, že stav anomie má potencující vliv na spotřebu alkoholu ve společnosti + na nárůst problémového abúzu a závislosti na alkoholu.

PSYCHOLOGICKÉ TEORIE

BEHAVIORÁLNÍ PSYCHOLOGIE A TEORIE UČENÍ

Masserman -> vycházel z předpokladu, že redukce tenze je zpevňující odměnou, která posiluje tendenci k požívání alkoholu. Alkoholismus je tedy způsoben a udržován naučenou reakcí, kdy se zpevňuje vzorec chování. Zjištěný významný vliv kognitivních procesů - člověk prožívá takové účinky, které očekával.

KLASICKÉ PODMIŇOVÁNÍ

Osoby nadužívající alkohol jsou ve svém chování ovlivňovány celou řadou podnětů z prostředí a to včetně lidí => dříve nepodmíněné podněty se staly podmíněnými.

OPERANTNÍ PODMIŇOVÁNÍ

Osoba konzumující alkohol pociťuje příjemné účinky a zpevňuje tím nevědomě chování, které je prostředkem k dosažení příjemného.

UČENÍ NÁPODOBOU

Někdy stačí jediná expozice chování pro osvojení chování, které jedinec pozoruje u jiné osoby. Učení nápodobou se skládá ze dvou kroků – učení pozorováním a vlastní výkon + vnímána je také efektivita pozorovaného chování a status pozorované osoby.

KOGNITIVNÍ ZMĚNA CHOVÁNÍ

Reciproční determinismus postihuje vzájemnost působení lidí a prostředí -> lidé ovlivňují vnější prostředí a zároveň jsou jím ovlivňováni. Změna chování může být podmíněna změnou prostředí, ale také může jedince ovlivňovat a měnit své chování a tím dosáhnout změny v prostředí. Emocionální prožitky jsou často výsledkem primárního kognitivního zpracování. Jsem-li přesvědčen, že mé schopnosti nejsou dostačující, budu apriori mít nepříjemné pocity selhání.

HLUBINNÁ PSYCHOLOGIE

Khantzian vychází z předpokladu, že základním problémem závislých osob jsou deficity ega. V návykových látkách tito lidé hledají kompenzaci těchto deficitů.

Wurmser – teorie založená na pudech. Traumata raného dětství vedou k nepřátelství k autoritám => vzniká kruté superego => drogy = únik před dopadem krutého superega

HUMANISTICKÁ PSYCHOLOGIE

V alkoholických excesech spatřuje příznak narušení seberealizačních tendencí

INTEGRATIVNÍ MODEL

Funkční skloubení působení různých intervenujících proměnných do tetraedru:

Urbanův interakční model vzniku a rozvoje drogových závislostí

*(Urban založil výcvikovou psychoterapeutickou komunitu SUR)

Faktory podílející se na vzniku závislosti:

- **farmakologický = droga**
- **enviromentální = prostředí**
- **somatický a psychický = organismus**
- **provokující = podnět**

Droga: zásadní subsystém tetraedru

Prostředí: na základě globálního prostředí a rodiny se v nás vytváří primární enviromentální „otisk“ toho, co je ve vztahu k alkoholickým nápojům přijatelné.

Organismus – naše somatická a biochemická konstrukce

Podnět – proměnná, kterou Urban „přidal“, má své jednoznačné opodstatnění. Jde o „rozhoupnutí“, bez kterého se nedá systém do pohybu. Podnět zachycuje okamžik, kdy se konkrétní stav organismu, vyladění psychiky „potká“ specifický účinek drogy. Většina lidí totiž okusila př: alkohol, aniž by vzniklo bažení => nevytvořila se totiž situace, která by prožitku užití alkoholu dala „dostatečnou váhu“.

7. SCHIZOFRENIE

= závažné psychotické onemocnění

- mnohotvárná psychopatologie, průběh i odpověď na léčbu, sklon k chronicitě, vleklý průběh
- variabilita symptomů, především poruchy:
 - **vnímání** – halucinace
 - **myšlení** – bludy
 - **emoci** – emoční oploštělost (i excitace)
 - **chování** – apatie, bezcílnost, negativismus

HISTORIE SCHIZOFRENIE

- Francie, Benedict Augustin **Morel** (1853) – popsán stav „*náhlého znehybnění všech duševních schopností*“ – **démence précoce**
- 1893: **Emil Kraepelin** v klasifikaci duševních poruch nové širší rozlišení mezi **dementia praecox** a poruchou nálad. Kraepelin se domníval, že „dementia praecox“ je onemocnění mozku, konkrétněji pak *forma demence*, odlišující se od jiných forem této nemoci (jako Alzheimerova choroba), které se obvykle objevují v pozdějších letech života.
- **Hecker (1871)**: popsal **hebefrenii** – poruchy myšlení a řeči s neologismy, propukalo po pubertě a končilo celkovou mentální slabostí (demencí)
- **Kahlbaum (1874)**: popisuje **katatonii** – *onemocnění mozku, psychické symptomy podobné obrazu mánie, melancholie, otupění a zmatenosti, nakonec pak úpadku mysli, mohou však jednotlivě nebo ve větším počtu i chybět*
- **1911: Bleuer** – poprvé užil termín schizofrenie „*Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*“) – popsal skupinu schizofrenií – nesoulad duševních projevů, „**rozštěpení**“ psychických funkcí
- **50. léta 20. stol** – vývoj **chlorpromazinu** – pokrok v léčbě

BLEUER – PŘÍZNAKY SCHIZOFRENIE (4 A)

- Rozdělil na základní a akcesorní
- 1. **Autismus**
- 2. Porucha **Afektivity**
- 3. Porucha **Asociací**
- 4. **Ambivalence**
- + **Akcesorní příznaky** – halucinace, bludy, tělesné příznaky, poruchy paměti, proměna osobnosti

SCHNEIDER – PŘÍZNAKY 1. A 2. ŘÁDU

1. řád:

- Ozvučování myšlenek
- Slyšení hlasů ve formě konverzace nebo diskuse
- Slyšení hlasů, které doprovázejí vlastní počínání poznámkami
- Odnímání myšlenek a další ovlivňování myšlenek, vysílání myšlenek
- Všechny další prožitky, že někým jiným jsou ovlivňované vůle, emoce, impulsy

2. řád:

- Ostatní smyslové klamy
- Bludné nápady
- Bezradnost
- Popletenost
- Depresivní a euforické rozlady, prožitky citového ochuzení a jiné

POZITIVNÍ A NEGATIVNÍ PŘÍZNAKY (JACKSON)

POZITIVNÍ PŘÍZNAKY	NEGATIVNÍ PŘÍZNAKY
Bludy, halucinace	Plochý afekt, apatie, ztráta motivace
Patologická desinhibice korových funkcí	Generalizovaná ztráta funkcí
V normální psychice nejsou	Normální psychika je o ně ochuzena

DIAGNOSTIKA

Přítomnost alespoň jednoho z následujících příznaků **v trvání delším než 1 měsíc:**

1. slyšení vlastních myšlenek, vkrádání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek
2. bludy kontrolovanosti a ovlivňování, prožitky pasivity, které se jasně vztahují k pohybům těla, jednání nebo cítění, bludné vnímání.
3. halucinované hlasy, které komentují chování pacienta, případně o něm rozmlouvají
4. bludná přesvědčení, která se vymykají dané kultuře

Pokud není přítomen některý z předchozích příznaků, je třeba, aby byly přítomny **alespoň dva z příznaků následujících:**

1. přetrvávající halucinace, buď doprovázené bludy, nebo se vyskytující týdně až měsíce
2. formální poruchy myšlení (inkoherece, nepřiléhavost řeči, zárazy, neologismy)
3. katatonní projevy (vzrušenost, setrvávání v nastavených pozicích, flexibilitas cerea, stupor)
4. negativní příznaky v podobě apatie, ochuzení řeči, autismus, emoční oploštění až vyhaslost
5. nápadné změny v chování (ztráta citových vztahů, zájmů, sociální stažení, nečinnost, bezcílnost)

PSYCHODIAGNOSTICKÉ METODY

Psychodiagnostické možnosti

- Otázky neurokognitivního deficitu
- Čím vyšetřovat?
- Dotazníkové metody: MMPI-II
- Projektivní metody: ROR, TAT, HAND test, Kresba postavy

PŘÍSTUP MATRIX

= Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia

1. **Pozornost/vigilance** (Opakování čísel)
2. **Pracovní paměť** (řazení čísel a písmen, TMT B)
3. **Rychlost zpracování informací** (Stroop, TMT A, Verbální fluence)
4. **Verbální učení a paměť** (AVLT, Logická paměť – VMS-IIIa)
5. **Zrakové učení a paměť** (ROCFT, BMVT)
6. **Logické myšlení a řešení problému** (Věže, WSCT)
7. **Sociální kognice** (TAT, Podobnosti, porozumění)

MATRIX se zaměřuje na **kognitivní deficit:**

LEHKÝ	STŘEDNĚ TĚŽKÝ	TĚŽKÝ
poruchy paměti	poruchy paměti	poruchy paměti
poruchy pozornosti	poruchy pozornosti	poruchy pozornosti
	poruchy vizuálně-	poruchy vizuálně-
	motorických dovedností	motorických schopností
		poruchy řídicích funkcí
		poruchy řeči

DOPORUČENÁ BATERIE PSYCH. TESTŮ U SCHIZOFRENIE

- Paměťový test učení
- ROCFT
- Logická paměť+rekognice
- Opakování čísel (WAIS-III)
- Kostky (WAIS-III)
- Podobnosti (WAIS-III)
- Verbální fluence
- TMT
- Číselný čtverec
- BDI-II

PROJEVY V KRESBĚ POSTAVY (DLE KOUBKA)

- **1. typ:** Anatomické znázornění, kostlivci, s prvky nedostačivosti v podobě tenkých končetin a specificky s vyznačením kloubů, přítomnosti některých znaků organicity.
- **2 typ.** Masivní mužská figura, s velkou hlavou, připomínající Golema, ženská figura neatraktivní, bez ženských znaků, často s prodlouženými končetinami v rámci projektivní potřeby mateřské ochrany.

- **3. „Typ slepého mládence“**, slabé, nejisté linie, strnulý postoj, štíhlá, vytáhlá postava, oči bez zřítelnic, ženská postava malá, znázorněná nejasnou skicou.

PROJEVY SCHIZOFRENIE V ROR

- Problém organizovat psychologická data, zredukovat a modulovat chaotický proud informací – kognitivní fragmentace, zvýšená distraktibilita, poruchy myšlení
- u paranoidní SCH – hyperkonceptualizace, rigidita, neschopnost sebekorekce vnějšími vstupy
- Disociace mezi přilehlými myšlenkami – DR (irelevantní, rozvolněné)
- DV – idiosynkratická vyjádření
- Perseverace – neschopnost udržet relevantní zaměření pozornosti
- Parafázie, dvojí mluva, neologismy, idiosynkratické verbalizace – u SCH (méně)

TYPY SCHIZOFRENIE DLE MKN-10

F20.0 PARANOIDNÍ SCHIZOFRENIE

- Nejčastější forma, většinou s **pozitivními příznaky** (hlavně perzekuční bludy a sluchové halucinace); časté intrapsychické halucinace (přesvědčení o vlastních telepatických schopnostech, odnímání myšlenek, nebo vkládání cizích myšlenek)
- Symbolické nebo magické myšlení
- Afektivita podrážděná, může se objevit agresivita proti domnělým nepřítelům

F20.1 HEBEFRENNÍ SCHIZOFRENIE

- Forma typická pro adolescentní věk
- Charakterizována vrtkavostí, necílenou nebo potrhlou aktivitou, nepřiměřeně nezbednými a nevypočitatelnými projevy, které vedou k fragmentaci chování
- Dezorganizované myšlení, chování často manýrované, strojené, pseudofilozofování, nápadný a nepřiléhavý projev i ustrojení, grimasování, ztráta citových vztahů, klackovité až hulvátské chování
- Označována též jako „**dezorganizovaná schizofrenie**“

F20.2 KATATONNÍ SCHIZOFRENIE

- Dnes vzácná forma (klasická představa o „šílenství“); v popředí jsou poruchy psychomotoriky
- **Produktivní** forma – neobvyklé pohyby, impulzivní činy, povelový automatismus, nadměrná vzrušenost, bezcílný neklid, stereotypie v motorickém i verbálním projevu; někdy impulzivní pacienti
- **Neproduktivní** (stuporózní) forma – katatonní stupor (nereaguje, neztrácí vědomí, riziko metabolického rozvratu), negativismus, tělo a končetiny setrvávají v nastavených polohách (flexibilitas cerea, katalepsie)
- Nejúčinnější je ECT; dobrá prognóza
- Halucinace a systemizované bludy nejsou typické

F20.6 SIMPLEXNÍ SCHIZOFRENIE

- Málo častá forma; nenápadná, hlavně negativní příznaky – v popředí změny chování s úpadkem vůle, zlohostejněním, zpovrchněním, ztrátou zájmů a oploštěním emocí, autismus, alogie
- Změna osobnosti v mládí
- Nemají zjevné psychotické příznaky (v DSM IV – schizotypální osobnosti, tj. jako porucha osobnosti), nejhorší prognóza – „*pozvolné hloupnutí bez iritačních příznaků*“

F20.3 NEDIFERENCOVANÁ SCHIZOFRENIE

- Nemusí mít vyhraněnou formu, může se podobat více formám schizofrenie
- Příznaky buď nejsou dostačující pro jeden podtyp schizofrenie nebo splňují kritéria pro více podtypů

F20.5 REZIDUÁLNÍ SCHIZOFRENIE

- Chronický stav přetrvávající po odeznění akutní symptomatiky schizofrenní ataky, málo intenzivní příznaky
- Hlavně podivínství, lenošství, nemotivovaná toulavost, zanedbávání sebe i okolí a zformování nových, často deformovaných vztahů mezi jedincem a skutečností

F20.4 POSTSCHIZOFRENNÍ DEPRESE

- Depresivní stav, který může přetrvávat a objevuje jako dozvuky schizofrenní nemoci.
- Některé schizofrenní symptomy, ať pozitivní nebo negativní musí být stále přítomny, ale nejsou již v popředí klinického obrazu.

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

- **Jiné paranoidní a halucinatorní psychické poruchy:**
 - s bludy (F22) – ušetřeno myšlení a vůle
 - akutní a přechodné (F23) – příznaky stejné, liší se trváním
 - indukovaná porucha s bludy (F24), organický syndrom s bludy (F06.2), organická halucinóza (F06.0), psychotické poruchy vyvolané účinkem psychotropních látek (F1x5), progresivní paralýza (A52.1), symptomatická psychotická porucha (F09), počáteční stadia Huntingtonovy chorei (F02.2)
- **Některé poruchy osobnosti:** paranoidní (F60.0)
- **Disociativní poruchy** (F44)
- **Epilepsie** – důležité rozlišit od ataky schizofrenie
- **Další tělesná onemocnění** – hepatolentikulární degenerace (Wilsonova choroba), otrava těžkými kovy a oxidem uhelnatým, akutní intermitentní porfyrie, neurosyfilis, neuroborelióza i AIDS
- **Mozkové nádory** – adenomy hypofýzy, frontální a frontotemporální meningeomy mohou vést k symptomatice podobné schizofrenii

PRŮBĚH

- velmi proměnlivý, podobně jako symptomatologie
faktory ovlivňující průběh:
 - vlastní chorobný proces
 - osobnost nemocného
 - fyziologická výbava
 - sociální prostředí a intenzita stimulace
- onemocnění začíná typicky v adolescenci, nejčastěji do 26-27 let, může se však projevit kdykoliv

1. PREMORBIDNÍ STADIUM

- jedinci spíše uzavření, introvertní, potíže s navazováním kontaktů, snížená vitalita a dynamogenie, snížená vřelost emocí a jejich malá polarita, může být však zcela nenápadné, pouze jemné odchylky
- důležité získat anamnestické údaje také od okolí postiženého

2. PRODROMÁLNÍ STADIUM

- variabilita: přechod může být velmi rychlý, ale i pozvolný
- necharakteristické změny chování, vnitřní rozechvěnost, nepokoj, napětí, úzkost, sklony k depresivním rozladám, uzavřenost, neklid, stažení se do sebe, nápadnosti v chování, bizarnosti, až agrese

3. PRVNÍ PSYCHOTICKÁ EPIZODA (ATAKA)

- náhlá změna ve vztahu ke skutečnosti, pronikavá změna pracovní a sociální kompetence -> zneschopnění pacienta + většinou hospitalizace
- bludy, halucinace + další psychopatologie
- **povaha postsychotického stavu** závisí na: včasnosti a povaze poskytnuté léčby, dostupnost rehabilitace a účinná ochrana před zátěží
- **zátěž**, která ovlivňuje průběh a výsledek onemocnění = „*emoční expresivita*“ v pacientově rodině a okolí – vyjadřování emočních, kritických i nekritických postojů k pacientovi

4. AKTIVNÍ CHOROBA

= třetinová nemoc

- 1/3: jedna ataka – pak vyléčení
- 1/3: atakovitý průběh – ve vlnách
- 1/3: chronicko-progredientní průběh

5. ÚZDRAVA / REZIDUÁLNÍ CHOROBA

- F20.5 – **reziduální schizofrenie** = závažnější výsledný stav po proběhlém onemocnění

ETIOPATOGENEZE

- Etiologie schizofrenie není známa; předpokládá se multifaktoriální etiologie a mnohočetné patogenetické vlivy
- Obecný rámec tvoří **teorie zátěže a dispozice**: Dědičná nebo získaná vloha disponuje k selhání adaptivních funkcí duševního života, což vede k nepřizpůsobivému prožívání a chování při zátěži; to prohlubuje snížení odolnosti jedince, a nakonec vyústí do klinické manifestace onemocnění.

GENETICKÉ MODEL Y

- dědičné genetické faktory jsou významné v etiologii schizofrenie, i když přesný způsob dědičnosti nemoci zůstává nejasný
- **riziko morbidity** schizofrenie u příbuzných je oproti běžné populaci výrazně zvýšeno:
 - cca 1 % - normální populace
 - cca 13 % - děti pacienta se schizofrenií
 - cca 10 % - sourozenci
 - cca 48 % - děti dvou schizofrenních rodičů
 - 35-58 % - monozygotní dvojčata
 - 9-27 % - dvouvaječná dvojčata
- hledání genu významného pro schizofrenii zatím nevedlo k uspokojivým výsledkům

VÝCHODISKA DOPAMINOVÉ HYPOTÉZY

- předpoklad, že schizofrenie má neurochemický základ, vychází z pozorování účinků různých psychofarmak, která jsou schopna vyvolat, zlepšit či zhoršit symptomy onemocnění
- **východiska klasické dopaminové hypotézy schizofrenie**:
 - **psychózu lze aktivovat psychostimulancií**, která jsou agonisty dopaminu, jako je amfetamin, meskalin, dietylamid kyseliny lysergové (LSD, lysergid); jedná se zřejmě o látky vhodné pro vyvolání modelového psychotického stavu.
 - společným znakem látek účinných při terapii schizofrenie je jejich **působení na dopaminergní systém**; skoro všechny tyto léky přitom ovlivňují pozitivní příznaky, pravděpodobně tím, že blokují účinky dopaminu a jiných dopaminergních agonistů v určitých oblastech mozku
- Vzhledem k nejasnostem při ověřování dopaminové hypotézy a k mechanismům účinků nových antipsychotik, byly zkoumány i hypotetické vztahy dalších neuromediátorových systémů ke schizofrenii – noradrenergního, serotoninergního, glutamatergního a některých peptidergických systémů
→ Revidovaná dopaminová hypotéza

NEUROVÝVOJOVÝ MODEL

- předpokládá se vznik malé „mlčící léze“ v časném vývoji mozku (příčina genetická či vnější), která se začne projevovat až v adolescenci, kdy jsou zvýšené nároky na integraci
- **neurovývojová hypotéza**: významná část osob s diagnózou schizofrenie získanou v dospělém věku *prodělala poruchu vývoje mozku desítky let před symptomatickou fází onemocnění*.
- **Narušení vývoje mozku může způsobit buď**:
 - takové poškození mozku, které se v dospělosti vlivem interakcí s dosud neznámými faktory projeví vznikem psychotických symptomů, nebo
 - toto časně poškození CNS vede k ovlivnění dalšího vývoje mozku a vzniku náchylnosti ke schizofrenii v pozdějším věku.

PSYCHOSOCIÁLNÍ HYPOTÉZY

- vlivem vyvolávajícím onemocnění jsou určité **komplexní sociální požadavky – stres** je spouštěcí, ale ne rozhodující faktor vzniku onemocnění.
- byla formulována **4 kritéria pro stres indukující schizofrenii**:
 1. situace vyžadující akci nebo rozhodnutí
 2. složitost, dvojznačnost či nejasnost informací poskytovaných k vyřešení úkolu
 3. situace vyžadující akci nebo rozhodnutí přetrvává, aniž byla vyřešena
 4. osoba nemá možnost „úniku“

- sociální teorie, že schizofrenie se vyskytuje více ve slabších sociálních třídách, nebyla potvrzena

LÉČBA SCHIZOFRENIE

- ke zvládnutí chorobného stavu nestačí samotná farmakoterapie!

FÁZE LÉČBY:

- 1) **Akutní** – žádoucí neprodlená farmakoterapie (90 % pacientů souhlasí s perorální aplikací léků, pouze 10 % pacientů se neobejde bez injekční aplikace)
- 2) **Stabilizační** – po odeznění akutních příznaků, nejméně 6 měsíců pokračovat ve farmakoterapii, plus další typy terapie
- 3) **Stabilní** – prevence relapsu, udržení remise, podávání minimálních účinných dávek s minimalizací vedlejších účinků – dvě strategie: **kontinuální udržovací léčba** a **cílená léčba**, která je zahájena až při prvních známkách hrozícího relapsu (kontinuální účinnější)

FARMAKOTERAPIE

- **chlorpromazin** = první neuroleptikum
- nežádoucí účinky klasických neuroleptik:
 - akutní extrapyramidové příznaky (parkinsonská hypokineze, rigidita, tremor, dystonie, akatizie)
 - pozdní (tardivní) extrapyramidové motorické poruchy (dyskineze, dystonie)
- atypická antipsychotika (antipsychotika 2. generace) – od počátku 90. let – nepůsobí farmakogenní ztuhlost

ROZDĚLENÍ ANTIPSYCHOTIK

Rozdělení konvenčních antipsychotik (neuroleptik) na bazální (sedativní) a incizivní ztrácí na významu. Důležité jsou nežádoucí účinky, vliv na kognitivní funkce a na negativní příznaky schizofrenie.

1. **konvenční antipsychotika**
 - **bazální (sedativní) antipsychotika**: chlorpromazin, chlorprotixen, clopenthixol, levopromazin, periciazin, thioridazin
 - **incizivní antipsychotika**: droperidol, flupentixol, fluphenazin, fluspirilen, haloperidol, melperon, oxyprothepin, penfluridol, perphenazin, pimozid, prochlorperazin, trifluoperazin
 2. **atypická antipsychotika**
 - amisulprid, sulpirid, klozapin, olanzapin, quetiapin, risperidon, sertindol, ziprasidon
- začíná se buď risperidonem (2-6 mg) nebo olanzapinem (10-20 mg), většinou kombinace psychofarmak
 - nejstarší atypické antipsychotikum = klozapin – nežádoucí účinky, pouze pro pacienty s rezistentní formou onemocnění
 - klasická antipsychotika – stále užitečná, hlavně sedativní vliv pro agitované pacienty (injekčně)
 - **nové lékové formy** – atypická antipsychotika v roztoku, injekční, depotní
 - **maligní neuroleptický syndrom** – pozor u klasických neuroleptik, extrapyramidové příznaky, tachykardie, pocení, až delirium, koma (léčba: dantrolen, diazepam, ECT)

ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIE

- při léčbě katatonní schizofrenie, při výrazné depresivní symptomatice a maligním neuroleptickým syndromu
- také u pacientů s agitovaností, pokud je riziko sebevraždy

PSYCHOTERAPIE

Usiluje o **posílení vnitřních zdrojů** ke zvládnání a adaptaci u těch pacientů, kteří se vyznačují značnou zranitelností, a současně o **zabezpečení dostatečného stupně sociální podpory** tak, aby mohli co nejlépe odolávat nárokům z vnějšího prostředí.

PSYCHOTERAPIE: DVĚ ZAMĚŘENÍ

- **Psychoterapie orientovaná na výsledek** („outcome oriented“) – které si kladou za cíl, co nejvíce přímo ovlivnit symptomy a další projevy poruchy. Mezi ně patří např. KBT nebo nácvik sociálních dovedností

- **Psychoterapie orientované na proces** („process oriented“) – které se primárně zaměřují např. na posílení ego funkcí, schopnosti symbolizace, proces zpracování informací, zvýšení sebedůvěry. Do této skupiny kupříkladu patří přístupy psychodynamické, podpůrné nebo kognitivní rehabilitace.

ZÁKLADNÍ PSYCHOTERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY KE SCHIZOFRENII:

- **Individuální/skupinová psychoterapie**
- **Suportivní psychoterapie** neboli podpůrná psychoterapie nepracuje se symbolickými obsahy psychotických prožitků, zaměřuje se na okolní realitu, upravuje kontakt pacienta s rodinou a poučuje o medicínském modelu. Posiluje obrany a akceptování léků, buduje pozitivní přenos k terapeutovi a vyhýbá se negativnímu přenosu.
- **Investigativní psychoterapie**, které se také může říkat odkrývající nebo dynamická investigativní (odkrývající, dynamická) psychoterapie se snaží o porozumění významu psychotických symptomů a integrování psychotické zkušenosti. Jejím cílem jsou pozitivní osobnostní změny a dozrání jedince.
- **Nácvikové psychotherapeutické přístupy a psychosociální intervence**, zaměřující se více na praktická řešení sociálních a psychologických problémů. Využívají se zde metody behaviorální terapie, rodinné terapie a psychoedukace. V naprosté většině případů je nutná kombinace s antipsychotickou medikací. Psychoedukace se zaměřuje na zvýšení informovanosti pacientů, zlepšení jejich názoru na onemocnění a tím i zlepšení svojí schopnosti onemocnění lépe zvládat. Snahou psychoedukace je rovněž naučit pacienty rozpoznávat první varovné příznaky relapsu.

STROSSOVÁ – SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE PSYCHOTIKŮ V PRAXI = OPAVSKÝ SYSTÉM

- **Význam skupinové psychoterapie** – větší přiblížení sociální realitě, možnost prožité pozitivní zkušenosti v soc. interakcích, začlenění do společnosti
- Skupinová terapie je součástí **komplexní terapie Opavského systému** – režim, řád, dílny, psychodrama, kulturně společenské aktivity, postupné navyšování aktivit, práce v týmu
- **Diskusní skupiny**: probírání životopisů, onemocnění, orientace na budoucnost, zaměření na pozitivní stránky, terapeutické hry, neverbální techniky

PŘÍSTUP SYŘIŠŤOVÉ

- Průkopnice skupinové psychoterapie u psychotiků (u nás od cca 80. let)
- vytvoření klíčového sociálního vztahu (intenzivní závislost na terapeutovi), obnovit sociální roli klienta
- vztah k objektivní skutečnosti budován pomocí vlastních představ klienta
- kontraindikací heterogenní složení skupiny s poruchami osobnosti
- **NE** – reprodukce infantilních traumatických vzpomínek, **NE** – přímá analýza problémů
- **bludy** – izolovat od zbylých složek psychické činnosti, nevyvracet, jako spojenec vytvářet vhodnou strategii proti nim
- nemoc má význam v souvislosti s historií osobnosti nemocného a má určitou životní funkci

REHABILITACE

- Psychiatrická (psychosociální) rehabilitace patří mezi **základní intervence**, (společně s léčbou psychiatrickou, biologickou a psychotherapeutickou), které jsou určeny osobám se zkušeností s duševním onemocněním na podporu procesu zotavení se z nemoci (při návratu se do běžného života).
- Součást komunitní péče, napomáhá zmírnit funkční deficity, které z onemocnění vyplývají.
- **v souvislosti s deinstitucionalizací psychiatrické péče** a také rozvojem svépomocných skupin a hnutí (v ČR od 1989, aktuálně reforma – CDS)
- vysoce individualizovaný, komplexní přístup, který klade důraz na podrobné hodnocení biografických a sociálních souvislostí.

Cílovou skupinu uživatelů psychiatrické rehabilitace charakterizují **3D (disease, duration, disability)** – tvoří ji lidé se závažným duševním onemocněním chronické povahy v jehož důsledku došlo k narušení psychosociálních dovedností a pracovních schopností.

Principy psychiatrické rehabilitace:

- Je primárně zaměřená na zlepšení schopností a kompetencí
- zlepšení chování v prostředí, které kl. potřebuje

- proces od počáteční závislosti klienta k nezávislosti
- rozvoj dovedností a rozvoj zdrojů podpory v okolí
- zlepšení dovedností v oblasti bydlení, práce, vzdělávání
- aktivní účast a začlenění klienta do rehabilitačního procesu
- užívání medikace je nutné, ale není samo o sobě dostačující
- eklektické využívání technik
- hlavní složkou rehabilitačního procesu je NADĚJE

F21 SCHIZOTYPNÍ PORUCHA

- nesplňuje kritéria pro schizofrenii (příznaky se **podobají prodromálním příznakům schizofrenie**)
- typické rysy – trvale/epizodicky – alespoň 2 roky
- excentrické chování, anomálie myšlení a afektivity – podobají se těm, které lze vidět u schizofrenie
- chování, vzezření podivné, výstřední zvláštní
- nepřiměřené, omezené emoční reakce, chudý vztah k lidem, sklon k soc. stažení
- **dif. dg** – simplexní schizofrenie, schizoidní a paranoidní PO (není od nich jasně ohraničena)
- pomocné kritérium při diagnostice – výskyt schizofrenie v blízké rodině, porucha může přecházet do schizofrenie
- **léčba** – přichází v úvahu při zintenzivnění příznaků, osvědčují se antipsychotika užívaná v léčbě schizofrenie

F22 TRVALÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S BLUDY

- bludy tvoří jedinou nebo nejnápadnější klinickou charakteristiku
- rozvoj jediného/souboru příbuzných bludů – obvykle dlouhé trvání (někdy i celý život)
- obsah bludů – variabilní (často perzekuční, hypochondrické, velikášské, porucha tělového schématu)
- počátek – spojen s životní situací
- mimo oblast bludu – afektivita, řeč, chování normální
- **dif. dg** – nesmí se vyskytovat onemocnění mozku, sluchové halucinace, příznaky schizofrenie – bludy kontrolovanosti, vysílání myšlenek, otupělá afektivita
- **léčba** – není příliš úspěšná – lze zkoušet antipsychotika, v případě depresivní symptomatiky antidepressiva, pokusit se o psychoterapeutické ovlivnění, aby pacient zaujal realistické stanovisko k oblasti, která je předmětem jeho bludů. U některých pacientů nutno počítat se zvýšeným rizikem sebevraždy.

F23 AKUTNÍ A PŘECHODNÉ PSYCHOTICKÉ PORUCHY

F23.0 Akutní polymorfní psychotická porucha bez schizofrenních symptomů

- Intenzivní emoční projevy, extáze, úzkost, podrážděnost...
- Měnlivé halucinace a bludy
- Odeznění do 3 měsíců

F23.1 Akutní polymorfní psychotická porucha se symptomy schizofrenie

- Polymorfnost příznaků
- Typické schizofrenní příznaky
- Vymizení příznaků do 1 měsíce

F23.2 Akutní psychotická porucha podobná schizofrenii (schizomorfní)

- Typické schizofrenní příznaky
- Proměnlivost jen mírného stupně
- Vymizení příznaků do 1 měsíce

F24 INDUKOVANÁ PORUCHA S BLUDY

- vzácná porucha s bludy – sdílí ji dvě osoby s emočně blízkým vztahem
- pouze jedna z nich trpí pravou psychotickou poruchou
- **léčba**: oddělení obou osob či více osob
- **dif. dg** – organická porucha s bludy, simulace

F25 SCHIZOAFEKTIVNÍ PORUCHY

- současně splňují kritéria pro schizofrenní onemocnění i poruchu nálad středního až těžkého stupně
- **TYPY:**
 - F25.0 manický typ
 - F25.1 depresivní typ
 - F25.2 smíšený typ

ROZDÍLY MEZI SHIZOAFEKTIVNÍ A SCHIZOFRENNÍ PORUCHOU

ZNAK	SCHIZOFRENIE	SHIZOAFEKTIVNÍ PORUCHA
Heredita	Bývá	Bývá častější
Počátek onemocnění	Mladší věk	Spíše střední věk
Průběh onemocnění	Progredientní nebo fázický	Periodický
Začátek onemocnění	Subakutní pozvolný	Akutní
Emoční složka	Nesplňuje kritéria F30 a F32	Splňuje kritéria
Negativní příznaky schiz.	Jsou	Nejsou
Vliv terapie	Pozvolný	Rychlý
Vliv rezidua	Ano	Ne
Prognóza	Spíše nepříznivá	Spíše příznivá

OPAKOVÁNÍ OBECNÉ PSYCHOPATOLOGIE – KONKRÉTNĚJI K SYMPTOMŮM

PORUCHY VNÍMÁNÍ

- Nepatologické – např. smyslové klamy, dále patologické:

ILUZE – výsledkem vnímání reálného podnětu je zkreslený vjem

- **Sluchové (akustické)**
- **Iluze řeči**
- **Zrakové (optické)**
 - Iluze identifikace osob
 - Iluze dvojníka (Capgrasův fenomén) – blízký vyměněn dvojníkem
 - Frégoliho syndrom – různí lidé = jedna osoba
 - Iluze metamorfózy
- **Čichové a chuťové, Hmatové, Pohybové (kinestetické), Útrobní (viscerální)**

HALUCINACE – šalebné vjemy, pokud náhled = pseudohalucinace

- Elementární – fotomy, akozmata, fonémy, olfakce, gustace
- Komplexní – složité (celé osoby, zvířata)
- Kombinované – několik smyslových modalit
- Asociované – následné události, seskupeny

Dle modalit:

- **Sluchové** – nejčastější, *imperativní* (příkazy), *teleologické* (rady), *antagonistické* (rozpor 2 hlasů)
- **Zrakové** – *mikropsie*, *makropsie*, *autoskopické* (vidění sebe sama), *Pickovy vize* (Bortí se stěny, křiví linie předmětů, vzájemně prostupují lidi a předměty)
- **Čichové** – většinou nepříjemné, taky **Chuťové**
- **Tělové** – hmatové, orgánové (odumření, drásání, zkamenění), pohybové, posedlosti

Dále:

- **Inadekvátní** – vnímány jiným orgánem
- **Extrakampinní** – mimo reálnou schopnost smyslu (slyší na 5 km, vidí skrze stěnu)
- **Intrapsychické** – vkládání, odeírání myšlenek (hraničí s bludy)

PORUCHY OBSAHU MYŠLENÍ (BLUDY)

- Chorobně vzniklá, nepodložená a nevývratná přesvědčení neodpovídající realitě
- Primární – nesouvisí s náladou, chorobné myšlení
- Sekundární – odvozeny od jiné psychopatologie
- Tranzitorní – přechodné
- Kontinuální – po celou dobu duševní poruchy
- Indukované – u psych. zdravých ve vztahu s nemocným

Podle obsahu dělíme na:

1. **DEPRESIVNÍ** – mikromanické (podceňující), insuficienční (nedostatečnost), autoakuzační, ruinační („na mizině“), obavné, hypochondrické, dysmorfofobické, eternity (nekonečné trápení)
2. **EXPANZIVNÍ** – megalomanické, extrapotenční (superschopnosti), originární (vznešený původ), vynálezecké, religiózní, erotomanické, kosmické, eternity (nikdy nezemřou)
3. **PARANOIDNÍ** – perzekuční, kverulační, emulační (žárlivost), metamorfózní

8. PORUCHY NÁLADY, AFEKTIVNÍ PORUCHY

Dle MKN

F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

F30 Manická fáze

F31 Bipolární afektivní porucha

F32 Depresivní fáze

F33 Periodická depresivní porucha

F34 Perzistentní afektivní poruchy (poruchy nálady)

F34.0 Cyklotymie

F34.1 Dystymie

AFEKTIVNÍ PORUCHY (PORUCHY NÁLADY)

- Poruchy nálady anebo afektu, jež neodpovídají reálné životní situaci narušují uvažování, jednání i somatické funkce člověka
- Afekt: náhlý, prudký, krátký stav, zpravidla „spouštěč“, výrazná tělesná složka („tsunami“)
- Nálada: déle až dlouhotrvající emoční nastavení, menší intenzity, určitého směru
- Základní komponenty jsou depresivní, (hypo)manické epizody a smíšené epizody
- Většina z těchto poruch má tendenci k recidivám
- Nástup individuální fáze je často vyvolán stresovou událostí nebo situací

KLASIFIKAČNÍ KRITÉRIA PRO AFEKTIVNÍ PORUCHY (MKN 10)

- **příčina** – primární, sekundární (ostatní symptomy)
- **polarita** – bipolární, unipolární
- **intenzita** – lehká, střední, těžká: psychotická, nepsychotická
- **délka trvání** – krátkodobé výkyvy nálad (cyklotymie), dlouhodobý pokles nálady (dystymie)

F30 MANICKÁ FÁZE

- Projevuje se rozjařenou, okolnostem nepřiměřenou náladou, provázenou hyperaktivitou a velικάšskými postoji s nápadným, nevhodným společenským vystupováním.
- zvýšená aktivita či motorický neklid, nadměrná hovornost, myšlenkový trysk, ztráta zábrán vedoucí k nepřiměřenému až rizikovému chování (utrácení, flámování, snížená potřeba spát, jíst...)
- Stoupá sebevědomí a sebejistota, rozdává majetek, zvýšení úrazovosti
- Typy mánie: agitans, rezonanc, simplex (religiozní, inventorní, konfuzní, stuporozní)
- Hlavní rizika mánie: sociální důsledky, finanční důsledky, úrazovost a nehodovost, nadměrná konzumace jídla, pití, drog, sexu, agresivního chování
- Pokud diagnostikujeme mánii =) hospitalizovat (i za cenu detenčního řízení)

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

- psychická porucha způsobená psychoaktivními látkami
- schizofrenní porucha
- poruchy nálady způsobené somatickým onemocněním
- hyperkinetické poruchy dětí

LÉČBA

Komplexní: farmakologická a psychosociální

Psychofarmaka: atypická antipsychotika, stabilizátory nálady, pro těžké či farmakorezistentní případy ECT

- Psychoterapie po odeznění akutní fáze

.0 HYPOMÁNIE

- přetrvávající mírné zvýšení nálady, zvýšená energie a aktivita

- jedinec se výrazně dobře cítí a má dobrou fyzickou i psychickou výkonnost zvýšená sociabilita, hovornost, přehnaná familiárnost, zvýšená sexuální energie a snížená potřeba spánku
- nezpůsobuje sociální problémy

.1 MÁNIE BEZ PSYCHOTICKÝCH SYMPTOMŮ

- Projevuje se rozjařená, okolnostem nepřiměřená nálada, provázená hyperaktivitou a velikášskými postoji s nápadným, nevhodným společenským vystupováním
- pohybuje se od lehkovážné žoviálnosti až k téměř neovladatelnému vzrušení
- těžko udrží pozornost, je často roztěkaný.
- Sebevědomí je často přehnané s grandiózními myšlenkami a přehnanou důvěrností.

.2 MÁNIE S PSYCHOTICKÝMI SYMPTOMY

- navíc bludy (megalomaniacké) nebo halucinace
- Vzrušenost, nadměrná motorická aktivita a trysk myšlenek mohou být natolik extrémní, že subjekt není schopen normální komunikace

F31 BIPOLÁRNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHA

- Dříve **psychoafektivní porucha** nebo **maniodepresivní psychóza**
- závažný duševní stav, který způsobuje nadměrné změny nálad, vitality, psychických funkcí a někdy i omezuje schopnost celkového „přirozeného“ fungování
- za určitých okolností je patrná zvýšená nálada, energie a aktivita (hypomanie anebo manie), jindy zhoršení nálady a snížení aktivity a energie (deprese)

PROJEVY

- Nemoc se projevuje buďto alespoň jednou manickou epizodou, spíše však střídáním manických a depresivních epizod (bipolární afektivní porucha).
- Dalšími projevy poruchy může být i rychlé cyklování nálad (více než 4 fáze v jednom roce) či ultrarapidní cyklování (fáze se mnohokrát střídají během dne); a forma smíšená, kdy pacient zažívá symptomy obou protipólů (manie i deprese).
- Manickým syndromem se rozumí stav, kdy je nemocný nadměrně podnikavý (*většinou ovšem neproduktivní*), veselý, nic pro něho není problém, má sníženou potřebu spánku, v sexuální oblasti je často promiskuitní, navazuje stále nové vztahy. Může být i podrážděný.
- Při těžké formě mluví nesrozumitelně (tzv. *slovní salát*), kdy myslí tak rychle, že nestačí dokončit větu. Veškeré pochody v jeho těle jsou zrychlené. Mohou mít velikášské bludy.
- Protikladem manickému syndromu je syndrom depresivní, kdy je nálada pokleslá. Člověk není schopen prožívat radost (anhedonie), trpí beznadějí, poruchami spánku, nechutenstvím, nezájmem o sex a celkově je vyčerpán. Objevují se sebeobviňovací bludy a bludy o vlastní bezvýznamnosti, bezcennosti.
- Ve všech fázích BAP je velké nebezpečí sebevraždy, které kulminuje v době, kdy nemocný depresi překonává, a pro okolí se jeví již bez příznaků deprese, kdy získává sílu suicidium vykonat.

ETIOPATOGENEZE

- Choroba postihuje přibližně 1 % populace. Potíže se obvykle projevují v období okolo 20-ti let. Nejsou známy jednoznačné příčiny vzniku. Vědci se domnívají, že BAP je způsobena kombinací biologických a psychických faktorů.
- Běžně jsou počátky této poruchy připisovány stresovým životním událostem u disponovaných jedinců. Cykly depresivních a manických symptomů se vracejí a mohou se projevovat častěji. Mnohdy narušují práci, studium, rodinné a sociální vztahy. Manická epizoda může plynule přejít v depresi a naopak, nebo mezi jednotlivými epizodami (atakami) může být různě dlouhá doba – i více let bez příznaků, tzv. remise.

LÉČBA

- Spočívá v podávání psychofarmak (antidepresiv, antipsychotik, thymoprofylaktik (lithium, aj.), podpůrné psychoterapii a v opodstatněných případech elektrokonvulzivní terapii, která je u některých nemocných tak účinná, že upraví jejich stav za 1–2 týdny.
- Léčba je většinou dlouhodobá, ataka odezní přes léčbu až po mnoha týdnech nebo i několika měsících. U řady nemocných je nutné i celoživotní užívání psychofarmak, které brání opakovanému nástupu ataky onemocnění.

.0 Bipolární afektivní porucha, současná fáze hypomanická

.1 Bipolární afektivní porucha současná fáze manická bez psychotických symptomů

.2 Bipolární afektivní porucha současná fáze manická bez psychotických symptomů

.3 Bipolární afektivní porucha současná fáze lehká nebo střední deprese

.4 Bipolární afektivní porucha současná fáze těžké deprese bez psychotických symptomů

.5 Bipolární afektivní porucha současná fáze těžké deprese s psychotickými symptomy

.6 Bipolární afektivní porucha současná fáze smíšená

.7 Bipolární afektivní porucha v současné době v remisi

F32 DEPRESIVNÍ FÁZE

- V psychiatrických manuálech je deprese uvedena jako duševní porucha mezi poruchami nálady, především jako jedna z fází bipolární afektivní poruchy (maniodepresivity, F31 dle MKN-10).
- **Ranní pesima:** nejhorší stavy ráno
- Zhruba 2/3 nemocných prožívá silné úzkostné stavy
- 5 - 15% nemocných s depresivní poruchou ukončí svůj život sebevraždou
- Podle počtu a závažnosti příznaků dělíme na fáze:
 - o **.0 Lehká:** 2-3 příznaků, je schopen účastnit se denních činností
 - o **.1 Středně těžká:** 4 a více příznaků, potíže s běžnou denní činností
 - o **.2 Těžká:** více příznaků, ztráta sebehodnocení, pocit beznaděje a viny, suicidální myšlenky a pokusy, většinou jsou přítomny i „somatické“ příznaky
 - o **.3 Těžká s psychotickými příznaky:** s halucinacemi, bludy, psychomotorickou retardací nebo stuporem, pravidelné obvyklé sociální aktivity nejsou možné; život je ohrožen možnou sebevraždou, žízněním nebo hladověním, halucinace a bludy mohou, ale nemusí odpovídat náladě.
- Diagnostická pomůcka: neobvyklá změna v povaze

PROJEVY

- Pro depresi je charakteristická dlouhodobě zhoršená nálada, pocity beznaděje a bezvýchodnosti.
- Jedinec se přestává zajímat o dřívější příjemné aktivity a přestává z nich mít potěšení - například se přestává zajímat o koníčky, zájmy a o sex.
- Dále dochází ke změně spánku, jedinec zpravidla hůře usíná a brzy se budí, ale může spát i více než je obvyklé.
- Podobně je to s chutí k jídlu, zpravidla se chuť sníží, nemocní hubnou, někdy se změní i samotná chuť jídla, bývá bez chuti. Někdy je naopak chuť k jídlu zvýšená, nemocní přibírají.
- Dále dochází k poruchám koncentrace, nemocní se nemohou soustředit na práci, na četbu, často u aktivit dlouho nevydrží.
- Charakteristická je i ztráta energie. - Mohou se objevit sebevražedné myšlenky. Zhruba 2/3 nemocných prožívá silné úzkostné stavy, které zvyšují riziko sebevraždy. 5 - 15% nemocných s depresivní poruchou ukončí svůj život sebevraždou.
- Může se projevovat poruchami paměti, kdy budí dojem dementního člověka. Deprese jako zlomená vůle. Člověk by chtěl, ale nemá dostatek vnitřní ani fyzické energie.

Z POPISU PACIENTA

- Nemocný má hlad /žízeň/ a není schopen si ani podat pití.
- Většinou polehává, popř. se zabývá pasivní činností, TV...

- Problém s hygienou, v těžké fázi nezvládá si umýt ani ruce.
- Uvnitř celého těla cítí nepopsatelný stav. Pocity v mozku někdo charakterizuje jako čepice na mozku, jiný jako mravenčení mozku. Možná výstižná přirovnání, když se vezme v potaz jak je mozek křehký. Na druhou stranu, kdo deprese nezažil slabá.
- U někoho se stává, že „ztuhne“. Nemůže, otočit hlavou a ani mluvit. Tento stav může trvat hodinu, 20 minut ...
- Rozdíl mezi lenochem a člověkem postiženým depresí je, že lenoch je naštvaný, když musí něco udělat, ale depresivní má radost (úměrně stavu), že se mu něco podařilo, i když třeba „jen“ uvařit čaj.
- Těžko přijímají negativní informace, i ty, které se netýkají přímo jich, nemusí se jednat o informaci o tragedii.
- Nezvládá někoho „dlouho“ poslouchat, i když se jedná relativně o několik málo minut.
- Bez příčiny pláče, cítí se trapně, ale nedokáže pláč zastavit.

VZNIK DEPRESE

- V nedávné minulosti bylo obvyklé dělit deprese podle příčiny vzniku na:
 - o endogenní – příčina je v poruše chemie mozku (pravděpodobně nervovým přenašečem dopaminem)
 - o reaktivní – reakce na nějakou stresovou událost,
 - o organické – při organickém poškození mozku (např. úrazy, nádory, krvácení, endokrinní poruchy, poruchy jater či slinivky břišní (např. diabetes mellitus),
 - o farmakologické – způsobená některými léky či přípravky (např. hormonální antikoncepcí).
- V současnosti se od dělení na endogenní a reaktivní upustilo, téměř vždy lze nalézt souhru vnitřních dispozicí a vnějších faktorů. Pokud se jedná o přímou reakci na událost nebo životní situaci (*úmrť blízké osoby, rozchod, ztráta zaměstnání*), hovoří se někdy místo o depresi o poruše přizpůsobení, diagnostická kritéria však přesné rozlišení neumožňují.

EPILEPSIE A DEPRESE

- Za **iktální depresi**: označujeme velmi krátké depresivní projevy (pocity viny, anhedonie, suicidální myšlenky) vyskytující se během záchvatů
- **Periiktální deprese**: předcházejí nebo navazují na prodělaný záchvat a trvají obvykle jeden nebo několik málo dnů
- **Interiktální deprese**: Dříve se hovořilo v těchto případech o morózní náladě, která bývá spojena nejen s anxiétou, zvýšeným neuroticismem, ale také s hostilitou, iritabilitou až agresivitou. **Obtíže bývají dlouhodobé**, proměnlivé s asymptomatickými periodami. Někteří odborníci hovoří o **interiktální dysforické poruše**, která se blíží dystymii.

LARVOVANÁ DEPRESE

- dominují různé tělesné příznaky, které překryjí poruchu nálady
- U 50 % depresivních pacientů se vyskytuje **kognitivní deficit**
- Porucha pozornosti, vnímání, paměti, usuzování, řeči a exekutivních funkcí
- *Nespecifický* – proměnlivost jeho obrazu je ve vztahu ke klinickým faktorům
- Zhoršuje pacientův zdravotní stav, komplikuje léčbu, negativně ovlivňuje návrat pacientů do běžného života
- Kognitivní deficit může být sekundární, způsobený nedostatkem motivace

LÉČBA

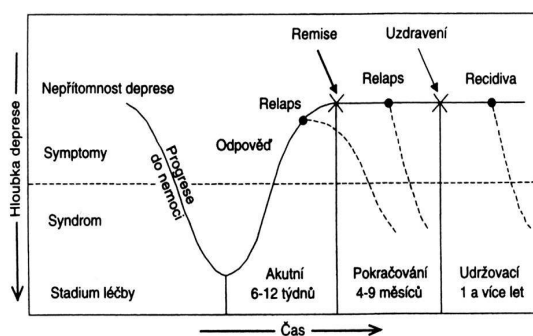
- **Celostní přístup** – deprese je komplex vzájemně propojených systémů, které jsou narušeny
- Existuje mnoho přístupů k depresi (a značná polarita mezi nimi)
- **Psychofarmaka**: antidepressiva
- **Psychoterapie**:
 - Psychoterapie pomáhá obnovit přirozený pocit kontroly nad svým vnímáním, myšlenkami a představami, emocemi, chováním
 - KBT: edukace o poruše a léčbě, plánování aktivit, nácvik zklidnění dechu a relaxace, kognitivní rekonstrukce, nácvik komunikace, expozice zátěží, řešení problémů a příprava na budoucnost.
 - Interpersonální terapie – objasnění jednotlivých problémů, práce se sociální izolací...
 - Manželská terapie
 - Krátká dynamická psychoterapie (ne pro depresivní stavy)

- Logoterapie – hledání smyslu bytí
- Psychoedukace
- Rehabilitace a psychoterapie klientů s kognitivním deficitem

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA

- Deprese je popisována nejen jako samostatná nemoc, ale i jako jeden z příznaků jiných nemocí, jakými jsou například Addisonova choroba (deprese se střídá s nadměrnou podrážděností), Parkinsonova nemoc (pacient upadá do stále hlubších a dlouhodobějších depresí).
- poruchy nálady při tělesném onemocnění (nádory, poškození mozku)
- negativní vlivy léků a dalších chem. látek
- demence
- schizofrenie
- dystimie
- porucha přizpůsobení
- simulace
- funkční zármutek

Etapy léčby:



NEUROPSYCHOLOGIE DEPRESE

- Deprese = nejen! porucha emocí
- Celistvý přístup – deprese je komplex vzájemně propojených systémů, které jsou narušeny
- Větší důraz na sledování kognitivních a exekutivních funkcí
 - Jejich narušení je důležitým rozměrem depresivního onemocnění, který by neměl být opomenut

KOGNITIVNÍ DEFICIT U DEPRESE

- Porucha pozornosti, kognitivních funkcí a exekutivních funkcí
- Vyskytuje se až 50 % depresivních pacientů
- Globální, difúzní charakter s vyšším zapojením frontálních laloků
- Nespecifický – proměnlivost jeho obrazu je ve vztahu ke klinickým faktorům
- Zhoršuje pacientův zdravotní stav, komplikuje léčbu, negativně ovlivňují návrat pacientů do běžného života

Příčiny kognitivního deficitu:

- Hypotéza pravoemisférové dysfunkce
- Neuropsychologický deficit vysvětlován jako „pravoemisférová dysfunkce“ na organickém podkladě.
- Nález depresivního syndromu u pacientů s pravostrannou cévní mozkovou příhodou. (Flor-Henry, 1979)
- 70% pacientů s poškozením v pravé hemisféře vykazovalo depresivní symptomatologii, zatímco nikdo z pacientů s poškozením levé hemisféry depresí netrpěl. (Folsteina, 1977; in Crews a Harrison, 1995).
- Vztah deprese k poškození pravé hemisféry není jednoznačný a některé studie dokonce našly symptomy typické pro depresi (negativní afektivita, pláč, strach, pesimismus a beznaděj) při lézi levé hemisféry.
- Motivační hypotéza - Kognitivní deficit může být sekundární, způsobený nedostatkem motivace
- „Nekognitivní faktory“ deprese

- *snížená motivace*
- *unavitelnost*
- *aktuální emocionální prožívání*
- *osobnostní struktura*
- Částečný vliv na kognitivní deficit
- samy o sobě ho vysvětlit nemohou.

Nejčastěji zasažené oblasti:

- | | |
|--------------|----------------------|
| 1. Pozornost | 4. Usuzování |
| 2. Vnímání | 5. Řeč |
| 3. Paměť | 6. Exekutivní funkce |

F33 PERIODICKÁ DEPRESIVNÍ PORUCHA

- Opakované fáze deprese, aniž jsou v anamnéze samostatné fáze zvýšené nálady a energie (manie)
- Mohou být přítomny krátké fáze hypomanie, které se dostavují bezprostředně po depresivní fázi
- První fáze se může objevit v jakémkoli věku od dětství do stáří nástup je buď náhlý nebo pozvolný
- trvání od několika týdnů až po mnoho měsíců

.0 Periodická depresivní porucha, současná fáze je **lehká**

.1 Periodická depresivní porucha, současná fáze je **středně těžká**

.2 Periodická depresivní porucha, současná fáze je **těžká**, ale **bez psychotických symptomů**

.3 Periodická depresivní porucha, současná fáze je **těžká**, s **psychotickými příznaky**

.4 Periodická depresivní porucha, v současné době **v remisi**

F34 PERZISTENTNÍ AFEKTIVNÍ PORUCHY (PORUCHY NÁLADY)

- Perzistující a obvykle kolísající poruchy nálady
- Většina jednotlivých fází není dostatečně těžkých, aby mohly být popsány jako hypomanické nebo lehce depresivní fáze
- Trvají mnoho let a často po většinu života dospělého pacienta
- Způsobují mnoho problémů

.0 CYKLOTYMIE

- Perzistentní nestabilita nálady včetně početných období deprese nebo lehké manie, avšak žádná není natolik těžká nebo dlouhá, aby opravňovala k diagnóze bipolární afektivní poruchy nebo periodické depresivní poruchy

.1 DYSTYMIE

- Chronické zhoršení nálady, trvající alespoň několik let, které ale není natolik těžké nebo jednotlivé periody nejsou dostatečně dlouhé, aby opravňovaly k diagnóze těžké, středně těžké nebo lehké formy periodické depresivní poruchy

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

- Depresivní manická epizoda
- Duševní poruchy spojené s tělesným onemocněním
- Spojené s psychoaktivními poruchami
- Specifické poruchy osobnosti a akcentované osobnostní rysy
- Psychotické spektrum

DIAGNOSTIKA AFEKTIVNÍCH PORUCH

- Sebeuposuzovací škály a dotazníky deprese: BDI-II, Zungova škála
- Dále součástí MMPI-II, SCL-90
- Objektivní posuzovací škály: HAMD, MADRS

- Projektivní metody: ROR (U bipolárních poruch syntonie - vyhledávají afektivní rezonanci, chtějí afekt vyjádřit, diferencovaně popsat, je v popředí prožívání), kresba lidské postavy

SEBEVRAŽDY

- = vědomé a úmyslné ukončení života
- **Sebezabití** – chybí vědomý úmysl jedince dobrovolně umřít, zabije se sám, ale nechtěně (srazí ho auto)
- **Sebeobětování**: vyšší cíl, chce někoho zachránit nebo mu pomoci
- **Sebevražedný pokus** (tentament suicidii): nepovedená sebevražda, někdy může být jen demonstrativní (volání o pomoc)
- **Bilanční**: po racionálním zvážení
- **Patická**: v důsledku duševní poruchy

Rizikové faktory:

- psychiatrické onemocnění
- sebevražedný pokus v minulosti, či v okruhu známých
- osamocení a ztráta sociálních vazeb
- stavy nejistoty a ohrožení životního běhu člověka (př. nezaměstnanost, nevyléčitelné onemocnění apod.)
- dluhy či kriminální tresty, hráčství, drog. závislosti
- varovné signály: rozdávaní majetku, negativní poznámky o budoucnosti, poznámky o budoucnosti „beze mne“, zvýšený zájem o smrt a umírání, o to, co bude po smrti, příznaky těžké deprese

Ringelův presuicidální syndrom:

- **Zúžení subjektivního prostoru**: neví kudy kam, pocity odcizení, bezvýchodnosti situace, emoce se ubírají jen směrem zoufalství a nelze je regulovat, ztráta hodnot
- **Zablokovaná nebo proti sobě zaměřená agrese**: pocit vlastní neschopnosti, bezcennosti, hněv na sebe
- **Naléhavé sebevražedné fantazie**: přináší úlevu, jsou lákavé, vypadají jako jediná možná cesta
- Při podezření na vysoké riziko sebevraždy je možná i nedobrovolná hospitalizace

KRIZOVÁ INTERVENCE V OHROŽENÍ SEBEVRAŽDOU

- **navázání kontaktu**
- **zachovat klid** (neprojevovat zděšení, nepropadat panice)
- **krátké zhodnocení situace** – pokud vše nasvědčuje sebevražedným úmyslům, nebát se otevřeně zeptat: „To zní jako byste uvažoval o sebevraždě. Je to pravda?“, „Chystáte se spáchat sebevraždu?“ - „Kdy jste se naposled zabýval otázkou své smrti?“ – pokud odpoví že to chtěl udělat před lety, je dobré zjistit, proč to tehdy neudělal („Co vás od sebev. odradilo?“) - pokud klient připustí aktuální sebevražedné úmysly, je vhodné, aby o svých záměrech a pocitech řekl něco více: „Jak to chcete udělat?“ „Už jste v tomto ohledu něco podnikl?“, „Kdy to chcete udělat?“
- **zhodnocení ohrožení a okamžitá redukce nebezpečí** (přimět aby odložil zbraň, vysypal zbytek léků do WC, přivodil si zvracení apod.)
- **odpustit si hlubokou analýzu příčin** – neptat se „proč vlastně?“ apod., spíše se **zaměřit na aktuální podněty** „Co se stalo v tento den, v posledních hodinách? Co bylo tou poslední kapkou?“
- NE – neobviňovat, neodsuzovat, nebagatelizovat, nemoralizovat, nehádat se s klientem
- **vyjádřit opravdový zájem o klienta**
- **identifikovat záchytný bod** – co je pro klienta stále důležité (rodina, zvířecí mazlíček, práce...?)
- **určit motivující faktor** – čeho chce svým jednáním dosáhnout, je to impulzivní/plánovitě, co chce změnit
- **nabídnout jinou alternativu**- otevřeně hovořit o tom, že sebevražda je pouze jedna z možností, ale nezvratná
- **nabídnout specifický plán a možnost pomoci**
- nepřemlouvat, aby nespáchal sebevraždu- dát najevo, že stojíme na straně života, ale nechat mu otevřenou možnost volby
- **uzavřít kontrakt o nespáchání sebevraždy** – smlouvu o přežití, což umožní získání času a prostoru pro vhodnou terapii, vhodná pro klienty, kteří jsou schopni jednat rozumně (ne pro psychotiky, závislé, lidé hrající roli „rebelujícího dítěte“ apod.) - rozhodující: „Jak dlouho jste si jist, že nespácháte sebevraždu, ať se stane cokoliv?“

9. NEUROTICKÉ PORUCHY, PORUCHY VYVOLANÉ STRESEM, SOMATOFORMNÍ PORUCHY.

- Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy jsou heterogenní skupinou psychických poruch
- Dominantní fenomén: úzkost a její somatické koreláty

HISTORIE POJMU NEURÓZA

- **1789:** poprvé použil pojem **neuróza** skotský lékař **William Cullen** – definuje jako psychickou a tělesnou slabost
- **1829:** Beard – pojem **neurastenie** – nervová slabost, v 19. století byla používána tato diagnóza pro popis vyčerpání CNS u pracovníků pracujících „mozkem“ (brain fog)
- **1871:** DaCosta – „**dráždivé srdce**“ – symptomy podobné onemocnění srdce, chybí však zjevné fyziologické symptomy, DaCosta zkoumal mezi vojáky během Americké občanské války

PSYCHOANALYTICKÁ TEORIE

- Neurotický člověk prožívá **nevědomý konflikt** (ten může vyústit až v nemoc), hlavním symptomem neurózy je úzkost
- Freud úzkost nejprve vnímal jako důsledek nahromaděné libidinózní energie v těle a řešení viděl v sexuálním styku
- v dalším období uváděl jako zdroj úzkosti konflikt mezi pudovými pohnutkami a společenskými normami
- před touto úzkostí by člověka měly více méně chránit obranné mechanismy, které však mohou být prolomeny a tehdy je Ego zaplaveno úzkostí
- Freud rozlišoval **automatickou** (primární) a **signální** (vázanou) úzkost – automatická vždy, když je jedinec zaplaven přívalem podnětů, především emocí

TEORIE JUNGA

- neurózu nelze jednoduše izolovat, protože neuróza je chorobně narušená psýché, **nesoulad mezi vědomým postojem a nevědomou tendencí** -> tuto disociaci je nutné překonat asimilací obsahů nevědomí

TEORIE HORNEYOVÉ

- kniha „*Neuróza a lidský růst*“
- neuróza = protiklad lidského růstu, dítě se rodí do světa s **bazální úzkostí** – ovlivněno neurózami zatíženými dospělými
- úlohu v rozvoji neurózy hraje kultura
- **3 neurotické postoje:** 1) pohyb směrem k lidem 2) pohyb proti lidem 3) pohyb směrem od lidí

MKN-10: F40-F49 NEUROTICKÉ PORUCHY, PORUCHY VYVOLANÉ STRESEM A SOMATOFORMNÍ PORUCHY

F40 FOBICKÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY

F40.0 AGORAFOBIE

- abnormní obavy nejen z velkých, ale i uzavřených prostor (dříve klaustrofobie)
- Snaha vyhnout se specifickým místům a situacím = **vyhýbavé chování**

Příznaky:

- Vegetativní aktivace
- Příznaky vztahující se k hrudi nebo břichu
- Příznaky vztahující se k duševnímu stavu

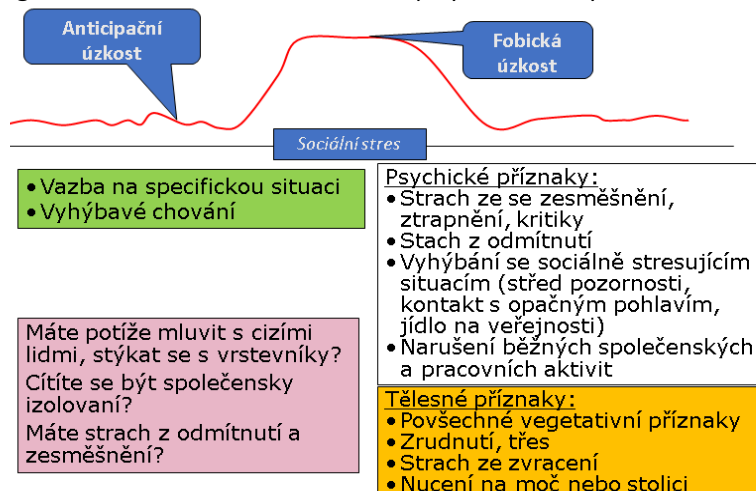
Léčba:

- **Farmakologická:** tricyklická antidepresiva, SSRI, IMAO, RIMA, anxiolytika (pozor na toleranci a závislost)
- **Psychoterapeutická:** KBT a další, důležitá postupná expozice, expozice in vivo (opakovaná)



F40.1 SOCIÁLNÍ FOBIE

- strach z kontaktu s jinými lidmi, **vyhýbavé chování**
 - v obávané situaci se často rozvinou tělesné příznaky úzkosti
- Léčba psychoterapeutická:** kognitivně-behaviorální terapie (KBT) a další
- Léčba farmakologická:** IMAO, RIMA, SSRI, benzodiazepiny, b-blokátory



F40.2 SPECIFICKÉ (IZOLOVANÉ) FOBIE

- ohraničené obavy ze specifických objektů, situací nebo činností
- 1. strach ze zvířat
- 2. situační fobie
- 3. fobie z poranění

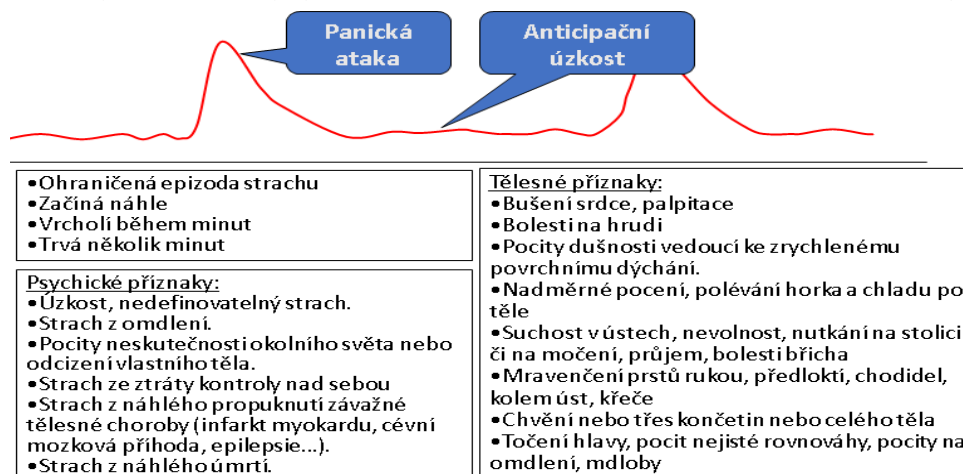
Léčba psychoterapeutická: kognitivně-behaviorální terapie (KBT), paradoxní intence (logoterapie)

F41 JINÉ ÚZKOSTNÉ PORUCHY

F41.0 PANICKÁ PORUCHA (EPIZODICKÁ PAROXYZMÁLNÍ ÚZKOST)

- náhle vznikající a nepředvídatelné, periodicky se opakující záchvaty masivní úzkosti, které nejsou omezeny na žádnou specifickou situaci nebo souhrn
- Trvání ataky: obvykle 5-20 min. (i déle)
- **Léčba psychoterapeutická:** psychodynamické postupy, kognitivně-behaviorální terapie (KBT)
- **Léčba farmakologická:**
 - anxiolytika (tolerance a závislost na nich)

- antidepresiva (vhodnější pro dlouhodobou léčbu) – TCA, RIMA, SSRI – obv. nižší dávky



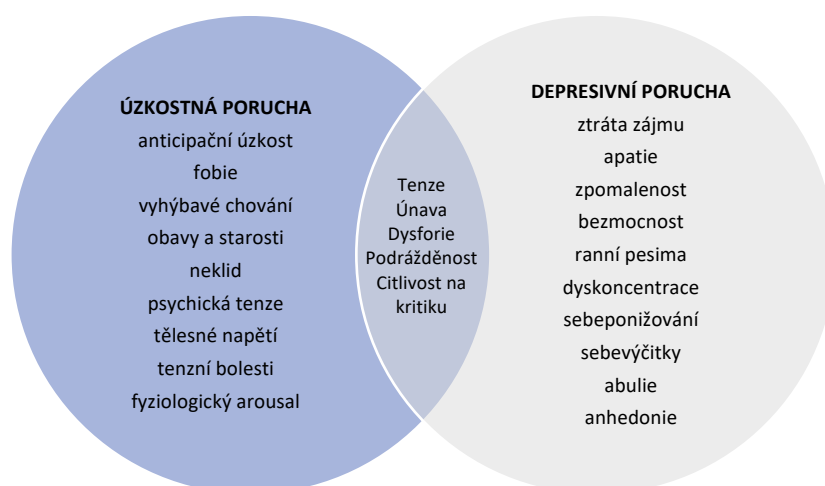
F41.1 GENERALIZOVANÁ ÚZKOSTNÁ PORUCHA

- zahrnuje výraznou a chronickou úzkostnou symptomatologii, trvající alespoň 6 měsíců, při nepřítomnosti panických atak, 5-9% populace (ženy 2krát častěji)
- Vysoká komorbidita s jinými duševními poruchami (deprese, jiné úzkostné poruchy)
- **Léčba farmakologická:** anxiolytika (tolerance a závislost na nich), buspiron (parciální agonista 5-HT_{1A} receptorů), antidepresiva (TCA, IMAO, RIMA, SSRI) antihistaminika
- **Léčba psychoterapeutická:** psychodynamické postupy, kognitivně-behaviorální terapie (KBT)

Rozdíl mezi panickou poruchou a GAD:

	PANICKÁ PORUCHA	GAD
ETIOPATOGENEZE	Větší genetická zátěž	Výraznější psychosoc. vlivy
POČÁTEK ONEMOCNĚNÍ	Konec 3. decenia	Začátek 3. decenia
SYMPTOMATIKA	Vegetativní hyperaktivita	Vzrušivost, zvýšená bdělost
KOG. CHARAKTERISTIKA	Katastrofická interpretace těl. prožitků	Nadměrné starosti o běžné životní události
SOMATICKÁ KOMORBIDITA	Hypertenze	Hypotyreosa

F41.2 SMÍŠENÁ ÚZKOSTNĚ DEPRESIVNÍ PORUCHA



F42 OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ PORUCHA

F42.0 Převážně obsedantní myšlenky nebo ruminace

F42.1 Převážně nutkavé akty (kompulzivní rituály)

F42.2 Smíšené obsedantní myšlení a jednání

- **Obsese** = vtíravé myšlenky nebo představy, které jedinec pociťuje jako cizí, neodpovídající jeho skutečným zájmům a přáním: strach z nákazy, strach, že něco důležitého nebylo uděláno, impulsy k násilnému a agresivnímu chování, starosti o ztrátu něčeho důležitého, nepohoda způsobená asymetrií nebo nepořádkem
- **Kompulze** = nutkavé jednání, Skrytý rituál – mentální kompulze
- **Celoživotní prevalence** OCD: 2-3%
- **Komorbidita**: často s depresivní poruchou, také se sociální fobií a jinými úzkostnými poruchami
- **Léčba farmakologická**:
 - antidepressiva ovlivňující serotoninergní systém – SRI, SSRI
 - kombinace SRI s anxiolytiky nebo neuroleptiky
- Léčba psychoterapeutická:
 - Klinické vedení postiženého a jeho rodiny
 - **KBT postup při OCD**:
 1. Orientace a edukace (úleva pochopením problému) 2. Hodnocení (mapujeme symptomy)
 3. Kognitivní rekonstrukce (pochopení souvislostí, náhled) 4. Expozice a zábrana rituálům
 5. Plánování času (zaplnit čas, který se uvolnil chyběním rituálů) 6. Řešení problémů (aktuální životní problémy, konflikty) --- účinnost KBT u OCD srovnatelná s farmakoterapií!

Nejčastější druhy obsesí a kompulzí:

OBSESE	KOMPULZE
Kontaminace	Umývání, čištění, ujišťování
Katastrofy, zavinění	Kontrolování, modlení se, ujišťování
Exaktnost, preciznost, symetrie	Opakované činnosti, upravování
Religiózní	Počítání, modlení se, zpovídání se
Obavy ze ztráty či vyhození důležité informace	Hromadění, sbírání
Somatické	Kontrola těla, moči, stolice, teploty

F43 REAKCE NA ZÁVAŽNÝ STRES A PORUCHY PŘÍZPŮSOBNÍ

- Navazují na výrazně stresující životní zážitek nebo životní změnu – přímým následkem akutního těžkého stresu (maladaptivní reakce)

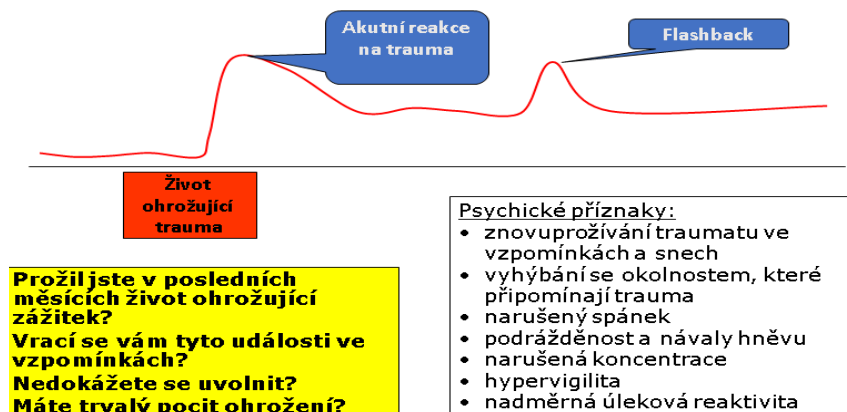
F43.0 AKUTNÍ REAKCE NA STRES

- Přechodná, hodiny až dny, příznaky se objevují během několika minut po události (max. do 1 hodiny)
- Odpověď na výjimečný fyzický nebo duševní stres (ohrožení bezpečnosti, tělesné integrity)
- Riziko rozvoje větší, pokud přítomno fyzické vyčerpání nebo organické faktory (např. stáří)
- Prvotní ustrnutí, tunelové vidění, nebo agitace, hyperaktivita, dále vegetativní příznaky úzkosti
- **Léčba**: krizová intervence, první psychická pomoc (ST, bezpečí), případně anxiolytika, hypnotika

F43.1 POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA

- Posttraumatická stresová porucha (PTSD) – vzniká u disponovaných osob jako opožděná reakce na mimořádně intenzivní stresovou událost
- Jedná se o reakci dlouhodobou – rozvíjí se **do 6 měsíců** od stresující události
- Opakované prožívání katastrofické události; vyhýbání se situacím a místům, ve kterých se zážitek přihodil; pociťování úzkosti; poruchy spánku a koncentrace, nadměrná ostražitost; sklon k úlekovým, panickým či agresivním reakcím; otupělá afektivita a odcizení lidem
- Celoživotní prevalence: 1-9%, porucha častěji postihuje svobodné, rozvedené, ovdovělé, ekonomicky handicapované a sociálně izolované osoby

- Komorbidita s OCD, agorafobií, panickou poruchou a depresivními stavy
- Typ intruzivní a avoidantní



F43.2 PORUCHY PŘÍZPŮSOBNÍ

F44 DISSOCIATIVNÍ (KONVERZNÍ) PORUCHY

- Dříve – konverzní histerie
- Existuje jasný časový vztah mezi začátkem příznaků a stresovými událostmi, problémy nebo potřebami
- Dochází k narušení normální integrující funkce vědomí a k reakcím, jako jsou konverze a disociace
- **Primární zisk = osvoboduje postiženého od úzkosti tím, že udrží skryté konflikty mimo vědomí**
- **Sekundární zisk = praktické výhody plynoucí z ovlivňování nebo z manipulací jinými lidmi**
- **Neurobiologie disociace:**
 - osa hypofýza-nadledvinky
 - aktivace opioidních mechanismů
- vazba na posttraumatickou stresovou poruchu
- **Léčba:** systematická psychoterapie, často hypnóza; psychofarmaka jen přídatně

F44.0 DISSOCIATIVNÍ AMNÉZIE

- Typická funkční porucha paměti, týká se traumatických událostí (pohlavní zneužití, znásilnění, sebevražedný pokus, nehody...)
- vztahuje se na ohraničený časový úsek (minuty až roky), častější u žen, v adolescenci a časně dos.
- amnézie je dost rozsáhlá, učení nových věcí nepostiženo
- i když tam vzpomínky „nejsou“, ovlivňují chování a cítění lidí – odcizení, demoralizace
- většinou spontánní remise (hlavně v bezpečném prostředí), většinou osoby silně hypnabilní
 - o **lokalizovaná** – určitý časový úsek
 - o **selektivní** – určité události
 - o **systematizovaná** – určité informace (např. související s osobou)
 - o **kontinuální** – od určité doby do přítomnosti
 - o **generalizovaná** – široká, nemůže si vzpomenout

F44.1 DISSOCIATIVNÍ FUGA

- Vigilantní mráкотný stav, jedinec neočekávaně opustí domov, bezúčelně cestuje, nepamatuje si svou identitu – reakce na silný stres (vzácně – katastrofy, války)
- okolí se může jevit jeho chování jako normální, při cestování zachovává péči o sebe, na několik dní ale může přijmout novou identitu
- Predisponovány poruchy osobnosti – hraniční, schizoidní, shizotypální a histriónská

F44.2 DISSOCIATIVNÍ STUPOR

- útlum psychomotoriky bez somatického vysvětlení
- nutno rozlišit od stuporu katatonního, depresivního nebo manického (nedávná stresující událost)

F44.3 TRANS A STAVY POSEDLOSTI

- jako by se postižené osoby zmocnil jiný jedinec, duch, božstvo, „cizí síla“

- v některých kulturách, zejména primitivních, se objevuje častěji – např. během rituálních obřadů
- dif. dg.: schizofrenie, organické duševní poruchy, mánie, intoxikace

F44.4 DISSOCIATIVNÍ PORUCHY MOTORIKY

- ztráta nebo narušení pohybů končetin, ataxie, bizarní chůze, dyskineze, akineze, dysartrie
- častěji u histriónské a hraniční poruchy osobnosti
- premorbidní abnormality vztahů a osobnosti, blízcí mohou trpět somatickým onemocnění s podobnými příznaky jako má pacient

F44.5 DISSOCIATIVNÍ KŘEČE

- pseudozáchvaty, mohou se podobat epileptickým záchvatům, ale zřídka dojde k pokousání jazyka, pohmožděninám v následku pádu, inkontinenci

F44.6 DISSOCIATIVNÍ PORUCHY CITLIVOSTI A PORUCHY SENZORICKÉ

- zřídka úplná ztráta zraku, spíše rozmazání nebo tunelové vidění, psychogenní hluchota méně častá než porucha zraku

F44.7 SMÍŠENÉ DISSOCIATIVNÍ PORUCHY

F44.8 JINÉ DISSOCIATIVNÍ PORUCHY

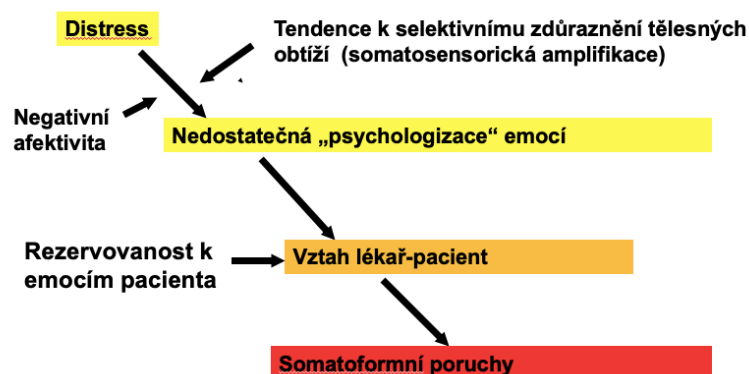
- **Ganserův syndrom** – pseudodemence, přibližné odpovědi ($1 + 1 = 3$)
- **Mnohočetná porucha osobnosti** – v jednom jedinci jakoby existovaly dvě nebo více samostatných osobností, každá osobnost kompletní s vlastními vzpomínkami, chováním a preferencemi. Změny mezi nimi často vázané na stresující události nebo při terapii (relaxace, hypnóza, odreagování). Anamnéza: *zneužívání v dětství*, chronický průběh. Často doprovázena fugou.

SPOUŠTĚČE DISSOCIATIVNÍCH PORUCH

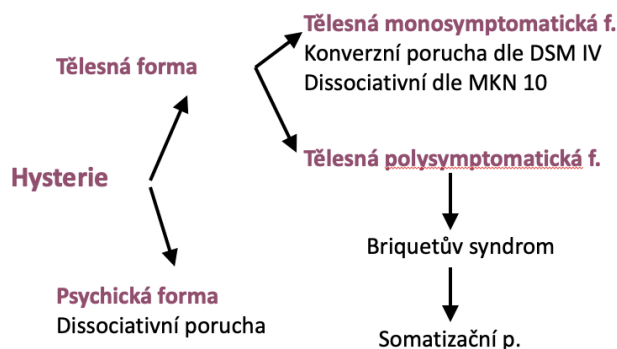
1. Nehoda jakéhokoli typu (automobilová havárie, úraz, požár...)
2. Kumulace běžných životních stresorů (finanční potíže, vztahový nesoulad, zdravotní potíže...)
3. Změna životní role (sňatek, narození dítěte nástup do pracovního poměru...)
4. Náhlá nemoc nebo chirurgický zákrok
5. Úmrtí blízké osoby nebo opuštění blízkou osobou (rozvod, rozchod...)
6. Závažný vztahový konflikt
7. Závažná sexuální událost (menarche, iniciace sexuální aktivity, homosexuální zážitek, znásilnění, incest)
8. Kontakt nebo hrozící kontakt s osobou, která danou osobu zneužívala nebo znásilnila
9. Tělesné nebo sexuální zneužívání a násilí ze strany životního partnera
10. Ztráta práce, pracovní stres, konflikty v práci

F45 SOMATOFORMNÍ PORUCHY

Hlavním rysem je **opakovaná stížnost na tělesné symptomy** spolu s trvalým vyžadováním lékařského vyšetřování i přes opakované negativní nálezy a ujišťování lékaře, že obtíže nemají fyzickou podstatu. Pokud existuje nějaká tělesná nemoc, pak nevysvětluje rozsah a podstatu potíží nebo příznaků a nešťastnost a zaujetí pacienta.



Kriebel et al 1966



F45.1 SOMATIZAČNÍ PORUCHA

- **Mnohočetné recidivující a často se měnící tělesné symptomy alespoň 2 roky trvající**
- Většina pacientů má dlouhou komplikovanou anamnézu kontaktu s obvodními lékaři i specialisty. Během tohoto kontaktu bylo provedeno mnoho zkoušek s negativním výsledkem a zbytečné explorativní operace
- Symptomy se mohou týkat jakékoli části těla nebo systému. Průběh choroby je chronický a kolísavý a je často spojen s narušením sociálních rodinných a interpersonálních vztahů.
- **Psychoterapie:** podpůrná, behaviorální, dynamická, individuální i skupinová: akceptace souvislosti psychiky a příznaků, naučit se mírnit příznaky, naučit se vyjadřovat své emoce, řešit životní problémy adaptivním způsobem, spojovat zhoršení příznaků s aktuálním stresem
- Farmakoterapie: neexistuje lék, který by prokazatelně kladně ovlivňoval tyto potíže, antidepressiva: TCA (nejlepší efekt u bolestivých příznaků), SSRI (lepší tolerance), SNRI, IMAO, anxiolytika: vysoce riziková vzhledem k návyku, neuroleptika: sulpirid, atypická neuroleptika

F45.1 NEDIFERENCOVANÁ SOMATOFORMNÍ PORUCHA

- Somatoformní obtíže mnohočetné, variabilní a přetrvávající, ale úplný a typický klinický obraz somatizační poruchy ještě není vytvořen, trvá méně než 2 roky

F45.2 HYPOCHONDRICKÁ PORUCHA

- Přetrvávající zabývání se myšlenkami, že pacient má jednu nebo více závažných a progresivních somatických nemocí, které se projevují trvalými somatickými potížemi nebo trvalým zabýváním se vlastním fyzickým vzhledem (alespoň **půl roku**)
- Normální nebo běžné pocity a jevy často pacienti interpretují jako abnormální a zneklidňující.
- Pozornost je obvykle zaměřena pouze na **jeden nebo dva orgány** nebo tělesné systémy.

F45.3 SOMATOFORMNÍ VEGETATIVNÍ DYSFUNKCE

- Symptomy jsou pacientem prezentovány tak, jako by byly způsobeny tělesnou nemocí systému nebo orgánu, který je převážně nebo úplně řízen vegetativní inervací, tj. kardiovaskulární, gastrointestinální, dýchací a urogenitální systém. Příznaky jsou většinou dvojího typu, žádný z nich přitom nesvědčí pro somatickou poruchu orgánu nebo systému, kterých se má týkat.
- První skupinou jsou stížnosti, které jsou založeny na **objektivních známkách vegetativního podráždění** jako palpitace, pocení, červenání, třes a strach a obavy z možnosti somatické choroby.
- Druhým typem jsou **subjektivní stesky nespecifického typu**, které se různě mění jako prchavé bolesti, pocity pálení, tíže, napětí a pocity naplnění nebo roztažení, které pacient vztahuje na různé orgány a systémy.

F45.4 PERZISTUJÍCÍ SOMATOFORMNÍ BOLESTIVÁ PORUCHA

- **Přetrvávající, těžká a zneklidňující bolest**, která nemůže být plně vysvětlena fyziologickým procesem nebo somatickou poruchou a která se objevuje v souvislosti s citovým konfliktem nebo psychosociálními problémy, které jsou natolik výrazné, že dovolují závěry o tom, že jsou hlavními příčinnými vlivy.

F45.8 JINÉ SOMATOFORMNÍ PORUCHY

F48 JINÉ NEUROTICKÉ PORUCHY

F48.0 NEURASTENIE

2 typy:

- **1. typ:** časté stížnosti na velkou únavu po duševním vypětí. Popisováno jako nepříjemné dotírání asociací nebo vzpomínek odvádějící pozornost, potíže se soustředění, nevýkonnost myšlení
- **2. typ:** důraz na tělesné pocity a fyzickou slabost a vyčerpání po minimální tělesné námaze, doprovod svalové bolesti a neschopnost relaxovat.

F48.1 DEPERSONALIZAČNÍ A DEREALIZAČNÍ SYNDROM

- Depersonalice autopsychická a somatopsychická
- Derealizace (allopsychická depersonalizace)
- Často součástí před EPI, sch, OCD, ale i organických poruch např. RS

DIAGNOSTIKA

Dotazníky a sebeposuzovací škály anxiety: MMPI, 16 PF, EOD, DOPEN

Jednodimenzionální dotazníky: můžeme zařadit Taylorové Manifest Anxiety Scale (MAS), který vznikl jako derivát z MMPI. Eysenckův Maudsley Medical Questionnaire (MMQ), Anxiety Scale (IPAT), State Trait Anxiety Inventory (STAI), Škála klasické sociálně situační anxiety a trémy (KSAT), Dotazník neuroticismu (N-5), Self-Rating Anxiety Scale (SAS), De Bonis Anxiete Traite-Eat inventory (BATE), Lebowitz Social Anxiety Scale (LSAS), Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS).

Projektivní: ROR, TAT

ROR: Znaky dle Wagnera

- Odraz mnohočetné poruchy osobnosti v ROR
- Tito jsou charakterističtí protichůdnými tendencemi v prožívání, chování a potřebách
- Zjistili: zvýšený počet pohybových odpovědí (nad 6). Popisy představ rolí jedince, a dále pohyby s projekcí úzkosti
- Různorodost barvových odpovědí (pozitivní vs. negativní odpovědi např. růžový motýl vs. Krev), představuje konfliktní emoční prožívání a tendenci ke štěpení
- 1. Velký počet pohybových determinant M, FM, m (aspoň 6)
- 2. Nejméně 2 kvalitativně různorodé lidské pohybové vjemy
- 3. Projekce útlaku do aspoň jedné pohybové odpovědi ve formě vjemu zahrnujícího útok, nátlak nebo destrukci (např. žralok útočí na malé ryby)
- 4. Aspoň 3 chromatické determinanty, přičemž CF+ C > FC
- 5. Aspoň jeden pozitivní (např. květ) a aspoň jeden negativní chromatický vjem (např. krev)

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

- **Poruchy nálady**
 - Mohou se podobat agorafobii, ale pacientovi zabraňuje vycházet z domu deprese ne strach
 - Lidé trpící depresemi si také mohou stěžovat na fyzické symptomy jako u somatoformních poruch (další příznaky jsou pak typicky depresivní – což ujasní diagnózu)
- **Schizofrenní poruchy**
 - Podobnost agorafobii – ale spojení s psychotickými projevy
 - OCD – u schizofrenie však chybí náhled a objevují se bizarnosti
- **Závislosti** – především abstinční příznaky
- **PPP** – vyhýbání se jídlu může působit jako specifická fobie, u PPP se také projevuje chronická úzkost
- **Somatické onemocnění** – např. u generalizované úzkostné (astma, vředová choroba, anémie, hypoglykémie), vždy zvážit u somatoformních poruch
- **Úrazy hlavy, epilepsie** – uvažujeme o nich při podezření na PTSD
- **Tourettův syndrom** – nutno odlišit od OCD, až u 90 % osob s TS mají obsedantně-kompulzivní symptomy
- **Hraniční porucha osobnosti** – někdy těžké odlišit od PTSD, někdy koexistují, pro PTSD však typická reminiscence vzpomínek a vyhýbavé chování
- **Jednotlivé neurotické poruchy**
 - Podstatné rozlišit specifické fobie od agorafobie / sociální fobie (úzkost u specifických vázána jen na 1 objekt, sociální a agorafobie generalizovány)
 - PTSD – vždy o něm uvažovat při vyšetřování na jinou úzkostnou poruchu!

- **Simulace, předstíraná porucha (F68.1)**
- **Epileptické záchvaty** – odlišit od dissociativních křečí a jiných dis. poruch

PRŮBĚH

- U neurotických poruch je častá jejich **komorbidita** – např. 60 % pacientů se sociální fobií splňuje kritéria pro přinejmenším jednu další poruchu (časté spojení fobie + panické), u OCD časté dysforické příznaky a depresivní epizody
- Většina neurotických poruch **častější u žen**

ETIOPATOGENEZE ÚZKOSTNÝCH PORUCH

Kombinace vrozené zranitelnosti a nepříznivých vlivů v dětství vede k vytvoření zranitelnosti pro budoucí neurózu. Dlouhodobý stres, zátěžové životní události, konflikty nebo nadměrné nároky v pozdějším životě pak vedou k odkrytí této zranitelnosti a rozvoji neurotických potíží.

GENETICKÉ PREDISPOZICE

- Především u **panické poruchy** – riziko onemocnění u příbuzných 1. stupně mezi 15-18 %
- **OCD** – podobné symptomy u dvojčat, až 35 % u příbuzných 1. stupně

VÝVOJOVÉ ASPEKTY

PŘÍMÉ NEBO ZÁSTUPNÉ PODMIŇOVÁNÍ

- Hlavně u **fobií** – naučení strachu z vlastní zkušenosti (přímé podmiňování) nebo pozorováním strachu u druhých (zástupné)
- Fobie se málokdy vytvoří jedinou traumatizující zkušeností, většinou jde o opakování a stupňování nepříjemných pocitů
- **OCD** – podmínění, relativně nevinný podnět spojen s podnětem vyvolávajícím úzkost, kompulze úzkost redukují

VÝCHOVA

- problémem bývá předčasné oddělení od pečovatelů, odmítání, nadměrné trestání, kritizování, zneužívání, ale také vzor úzkostného rodiče, rozbroje mezi rodiči, problémy v dětském kolektivu

DISSOCIATIVNÍ PORUCHY – RANÁ TRAUMATIZACE

1. Sexuální zneužívání v dětství
2. Tělesné zneužívání v dětství
3. Dlouhodobé emoční odmítání od rodičů
4. Opuštění rodiči v dětství nebo jiné závažné trauma v dětství
5. Tělesné napadení nebo život ohrožující zážitek
6. Rodinné klima v dětství, které dlouhodobě v dítěti vzbuzovalo vztek a které potlačovala jeho otevřené vyjadřování

BIOLOGICKÉ HYPOTÉZY

- Dysfunkce serotonergního, noradrenergního a dopaminergního systému – pro tyto dysfunkce svědčí řada provokačních studií s látkami navozujícími paniku (panikogeny)
- U **OCD** nejvíce serotonergní

PSYCHOLOGICKÉ TEORIE

PANICKÁ PORUCHA

- Strach z opuštění a strach z připoutanosti k druhé osobě
- **Psychoanalýza**: spojeno se ztrátou rodiče (úplnou nebo relativní) v dětství
- **Kognitivně-behaviorální**: jedinec si vysvětluje různé tělesné pocity (příznaky normální stresové reakce) jako signály hrozící katastrofy

OCD

- Freud – „**obsedantní neuróza**“, výsledek regrese z oidipální do anální fáze, charakteristická je pro ni ambivalentní emoce – koexistence nenávisti a lásky k sobě pacienta paralyzuje do nerozhodnosti a nejistoty – těm se snaží vyhnout obrannými mechanismy
- podle teorie učení vzniká OCD mechanismem **dvojestupňového učení**

SOMATOFORMNÍ PORUCHY

Teorie sociální komunikace:

- využití tělesných příznaků k manipulaci a kontrole ve vztazích
- **alexithymie**: neschopnost verbálně vyjádřit své emoce, tělesné příznaky symbolicky vyjadřují emoční stav
- řešení intrapsychieho konfliktu: neschopnost jiné adaptace na požadavky okolí a vývoje.

Psychodynamický přístup:

- hysterie: nevyřešený Oidipovský konflikt, tělesné příznaky představují potlačené pudové impulzy
- konverze a disociace: traumatizace v dětství (sexuální či agrese), chronický traumatický průběh života, vývojová nedostatečnost

Behaviorální pohled:

- učení se od rodičů, imitace nadměrné pozornosti pro somatické stesky v rodině

LÉČBA

PSYCHOTERAPIE: hlavní léčebná metoda u neurotických poruch

FARMAKOTERAPIE: druhotné, měly by potíže zmírnit natolik, aby byl schopen podrobit se psychoterapii

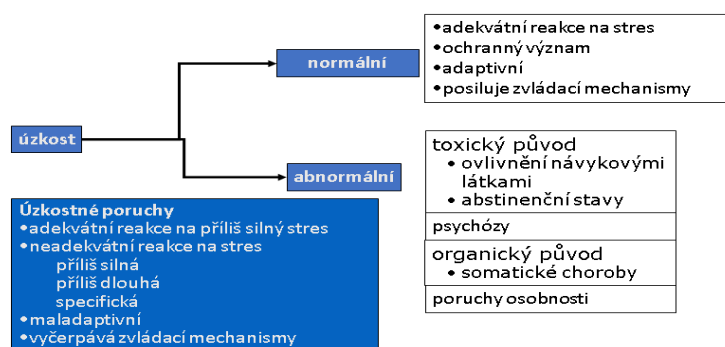
OBEČNĚ K SYMPTOMATICE

ÚZKOST A STRACH

- Úzkost a strach patří k běžným emocím.
- **Úzkost** je nepříjemný emoční stav, jehož příčinu nelze přesněji definovat. Je často doprovázena vegetativními příznaky, které mohou vést po delší době k únavě nebo vyčerpání.
- **Strach** lze definovat jako emoční a fyziologickou odpověď na rozpoznatelné nebezpečí a trvá pouze po dobu jeho existence

TYPY ÚZKOSTI

- **Spontánní úzkost** – rozvíjí se nečekaně; při velké intenzitě spontánní panika
- **Situační nebo fobická úzkost** – vyskytuje se za určitých okolností a je možné její vznik předvídat; při velké intenzitě situační nebo fobická panika
- **Anticipační úzkost** nebo anticipační panika – rozvíjí se při pouhé myšlence na určitou situaci



NEJČASTĚJŠÍ SOMATICKÉ STAVY SPOJENÉ S ÚZKOSTNÝMI STAVY

Kardiovaskulární	Angina pectoris, arytmie, srd. selhávání, infarkt myokardu
Endokrinní	Hypertyreóza, hypoglykémie, menopauza, PMS
Respirační	Astmatické záchvaty, chronická obstrukční bronchopulmonární choroba, hypervent. syndrom, hypoxie
Neurologické	Epilepsie, cévní mozkové příhody, Parkinsonova choroba, roztroušená skleróza, vestibulární dysfunkce
Bolest	Chronická bolest, bolesti hlavy, renální nebo biliární kolika, vředová choroba žaludku, vertebrogenní bolesti
Užívání psychoaktivních látek
Intoxikace
Odvýkací příznaky	Anticholinergní látky, Acylpyrin, kofein, steroidy, alkohol, narkotika, sedativa, hypnotika, starší antikonvulziva (barbituráty), THC

10. PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

DLE MKN:

V rámci F50-F59: Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

F50 Poruchy příjmu potravy

- .0 Mentální anorexie
- .1 Atypická mentální anorexie
- .2 Mentální bulimie
- .3 Atypická mentální bulimie
- .4 Přejídání spojené s jinými psychologickými poruchami
- .5 Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami
- .9 Porucha příjmu potravy nespecifická

- Poruchy příjmu potravy (PPP) představují spektrum poruch psychogenně navozeného maladaptivního jídelního chování (většinou se jedná buď o odpírání si jídla, nebo přejídání se). V důsledku abnormálního vzoru příjmu potravy je poškozeno fyzické zdraví a je narušená emoční pohoda.

ETIOPATOGENEZE

Multifaktoriální: bio-psycho-sociokulturní aspekty

BIOLOGICKÉ A GENETICKÉ FAKTORY

- Z genetického hlediska je predispozice k onemocnění založena na rysech osobnosti. U MA se jedná o úzkostné, obsedantní, perfekcionista a vyhýbavé nebo hraniční rysy. U MB je častá emoční labilita a impulzivita, případně histriónské rysy. Při vzniku mentální anorexie tvoří genetický podíl 50-90%, u mentální bulimie 35-83%.
- Podstatnou roli hrají také biologické změny v pubertě a adolescenci:
 - o **Fáze prepuberty** (11-13 u dívek, později u chlapců) – první projevy sekundárních pohlavních znaků, růstová vlna, u dívek menarché.
 - o **Fáze puberty** (cca do 15 let) – změny CNS
 - o **Adolescence** (15-20/22 let) – psychická stabilizace, terciální pohlavní znaky

PSYCHOLOGICKÉ A INDIVIDUÁLNÉ VÝVOJOVÉ FAKTORY

- Vznik v pubertě – vývojová krize
- Bránění se dospělosti – neschopnost odloučit se a být samostatný
- V dětství nedostatek emocionální podpory a omezování spontánní aktivity ze strany rodičů. Důležitá osoba bývá dominantní, pacientka reaguje pasivní poddajností.
- Velké napětí mezi rodinnými příslušníky (často jako následek onemocnění)
- Hodnoty v rodině ovlivněny ideály výkonnosti
- Rodinné terapie považují PPP za formu volání o pomoc v konfliktních a dysfunkčních rodinách, pro které je typická nadměrná ochrana a opuštění.
- KBT: MA naučené chování udržované pozitivním oceňováním (společností, vrstevníky).
- Zhlédnutí se v ideálu štíhlosti

SOCIOKULTURNÍ FAKTORY

- Obecně vyplývají ze zvýšené pozornosti, kterou společnost věnuje ideální štíhlosti a tělesným proporcím. To je poté spojováno s lepším profesionálním uplatněním i lepší kvalitou osobního života (= zevnějšek prostředkem k dosažení sociální akceptance a prestiže). V kontrastu s idealizací až patologické štíhlosti a zdravé výživy a stigmatizace obezity v populaci výrazně narůstají patologické vzorce PP. Významnou roli v tomto ohledu může hrát i rozvoj sociálních sítí.
- Narůstá význam vrstevnických skupin a důležitost vazeb v rodině upadá
- V důsledku toho se obecně mění kontext problému (např. se rozšiřuje hranice pro začátek onemocnění)

PSYCHOSOMATICKÝ MODEL

- Odpovídá mu primárně kortikální dysfunkce – především kortikálně-limbické neuronální okruhy zodpovědné za řízení jídelního chování (orbitofrontální kortex, amygdala, insulární kortex), kognitivní funkce, motivační vzorce a emoční zpracování stresu (vyšší asociační oblasti parietální a frontální kůry, hipokampus).
- Snaha kontrolovat především negativní emoce a stres vede ke zvýšené pozornosti zaměřené na tělesné schéma, zevnějšek a dietní chování, což zpětně ovlivňuje funkce neuronálních okruhů.

MENTÁLNÍ ANOREXIE (F50.0)

EPIDEMIOLOGIE

- **Prevalence:** 0,5-1%; 8-10 (dívky) : 1 (chlapci), začátek nejčastěji mezi 13. - 20. rokem.
- **Klinicky:** Mnoho případů klinicky nerozpoznáno (časté je popírání a utajování potíží, odmítání odborné pomoci). Typický je strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti.

PRŮBĚH A PROGNOZA

- Pomalý a nenápadný rozvoj: často to začíná zájmem o zdravou stravu, diety, vegetariánství, následně se rozvine restriktivní postoj. Základním projevem je úmyslné snižování váhy nebo udržování podváhy (dieta, nadměrné cvičení, zvracení, užívání anorektik, laxativ, diuretik). Váha pod 17,5 BMI nebo 15% pod očekávanou hmotností. Vnímání vlastního těla je narušeno a je spojeno s obavami z tloušťky. Sekundárně dochází k endokrinním a metabolickým změnám (amenorhea u dívek, hypogonadismus u chlapců). Častý je abúzus alkoholu, depresivní a obsedantně kompulzivní příznaky. V případě, že se MA rozvine před pubertou, dochází k zastavení růstu, pozastavení sekundárních pohlavních znaků. Typický je nezáměr o spolupráci na léčení, často bez náhledu s inklinací k pasivně agresivnímu chování. To je v kombinaci s rozsáhlými somatickými komplikacemi důvodem, že má MA nejvyšší mortalitu (10-20%)
- Průběh MA je **variabilní**:
 1. Epizoda s úplnou remisí
 2. chronický průběh
 3. epizody opakující se mnoho let.
- Pouze 1/5 pacientů se zcela uzdraví. U 10-20% pacientů se stav postupně zhoršuje. Abnormální stravovací návyky často přetrvávají i přes normalizaci hmotnosti a menstruačních funkcí. Porucha, u které dochází k nejrozsáhlejšímu somatickému poškození. Mortalita kolem 15%. U MA je relativní častý přechod k MB.
- Co se týče psychologického hlediska:
 - V myšlení a emocích dominuje tělo a potrava
 - Pokles hmotnosti odkazuje k pocitu insuficience a potřeby uznání a podpory
 - Boj proti hladu navozuje iluzi autonomie
 - Popírání emocí
 - V rodinných vztazích přetrvává závislost
 - Pokusy měnit chování kontrolou a rozkazy vyvolávají v rodině agresi, pocit bezmocnosti a zoufalství
 - Snaha skrýt problémy – izolovanost
 - Vliv na sexuální zrání – nekontrolovatelná sexualitu zesiluje pocit bezmocnosti a insuficience
 - Nedostatek autonomie a orientace na dominantní blízké osoby – obavy, že nesplní očekávání

TYPY MENTÁLNÍ ANOREXIE

- **Restriktivní typ** - odpírání si jídla
- **Purgativní typ** – zvracení, laxativa, diuretika

RIZIKOVÉ FAKTORY

- Ženské pohlaví
- Distribuce tělesného tuku: vyšší riziko u žen s tělesným tukem uloženým nejvíce na bocích a hýždích
- Genetické studie v rodinách ukazují na vztah mezi poruchami příjmu potravy a poruchami nálady
- Sociální tlak na udržení štíhlosti
- Napjaté rodinné vztahy, hyperprotektivní a dominantní matka, pasivní a emočně vzdálený otec
- Neurotická, introvertní, úzkostná osobnost

- Vnitřní nejistota, extrémní perfekcionismus, zaměření na výkon

DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA DLE MKN-10

Charakterizována úmyslným snižováním váhy nebo udržováním podváhy. Pro diagnostiku je nutné, aby byly **přítomné všechny uvedené příznaky**:

- 1) Tělesná váha je udržována min. 15% pod předpokládanou váhou. Prepubertální pacienti při růstu nesplňují očekávaný váhový přírůstek.
- 2) Pacient cíleně snižuje váhu dietami, zvracením, užíváním diuretik, anorektik, laxativ či excesivním cvičením.
- 3) Ke specifické patologii patří strach z tloušťky přetrvávající i při výrazné kachexii, zkreslené vnímání vlastního těla a vtíravé, ovládací myšlenky na udržení nízké váhy.
- 4) Endokrinní porucha hypotalamo-hypofyzární-gonádové osy je u žen vyjádřena amenoreou (může být skryta po užívání HA), u mužů ztráta sexuálního zájmu
- 5) Začátek onemocnění před pubertou vede k opoždění nebo zastavení růstu (růst, vývoj prsů, primární amenorea, dětské genitály u chlapců). K dokončení puberty dochází po uzdravení, i když menarché může být opožděna.

LÉČBA

Cílem léčby nejprve fyzická stabilizace a posléze zapojení do psychoterapie

- U nemocných s velmi nízkou hmotností je nutná hospitalizace
- Po realimentaci a zvládnutí rozvratu vnitřního prostředí pracujeme s patologií jezení a zaměřujeme se na prožívání tělesných pocitů

MENTÁLNÍ BULIMIE (F50.2)

EPIDEMIOLOGIE

- **Prevalence:** 1-3% ženy, 0,1-0,4 mužů, u 1/3 až 1/5 přechod z MA
- **Klinicky:** Počátek pomalý a nenápadný nejčastěji mezi 16. – 25. rokem. Epizody mohou být evokovány stresem, anebo mohou být plánované. Typický je rychlý a utajený příjem potravin s vysokou kalorickou hodnotou. Mnoho případů klinicky nerozpoznáno (časté je popírání a utajování potíží, odmítání odborné pomoci). Typický je strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti.

PRŮBĚH A PROGNÓZA

Typicky začíná snahou kontrolu váhy. Následně se rozvine v neustálé se zabývání jídlem, které je doprovázeno silnou a neodolatelnou touhou po jídle. Zároveň pacient prožívá chorobný strach z tloušťky a snaží se tedy příjem kalorické potravy zvrátit vyprovokovaným zvracením, projímadly, diuretiky nebo léky na hubnutí. Tyto epizody přejídání se opakují nejméně 2x týdně po dobu 3 měsíců. U MB je typická dynamika chování: přejídání -> výrazný pocit viny (záchvat je prožíván jako úplná ztráta kontroly) -> vyprázdnění (vedoucí k uvolnění tenze). Důsledkem je fluktuace váhy. V případě, že k vyprazdňování dochází zvracením, je častý zánět slinných žláz a kazivost zubů.

- Průběh variabilní:
 - o a) jediná epizoda s úplnou remisí
 - o b) dlouhodobý chronický průběh
 - o c) epizody opakující se mnoho let
- Obecně je průběh choroby dlouhodobý, abnormální stravovací návyky přetrvávají často několik let, avšak může se proměňovat jejich intenzita
- MB má dlouhodobě příznivější průběh než anorexie, většina pacientů se uzdraví, mortalita není zvýšená

TYPY MB

- **Purgativní typ:** nemocný pravidelně zvrací, zneužívá laxativa nebo diuretika, v důsledku čehož dochází k elektrolytické poruše a jiným somatickým komplikacím.
- **Nepurgativní typ:** nemocný drží diety nebo hladovky, často intenzivně cvičí, nepoužívá purgativní metody.

RIZIKOVÉ FAKTORY

- Obezita a držení diet v rodině (hlavně u matky)
- Nadváha v dětství

- Výkonová orientace rodiny (zj. sport)
- Poznámky rodičů týkající se vzhledu nebo stravování
- Zdravotní problémy spojené s nutností dietního opatření
- Ženské pohlaví
- Pozor také na eventuální komorbiditu PPP s abúzem

DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA DLE MKN-10

Charakterizována opakovanými záchvaty přejídání velkým množstvím kalorické stravy, tzv. „binge eating“ a přehnanou patologickou kontrolou tělesné váhy. Obecně začíná spíše později než MA. Mohou se střídát restriktivní a bulimické subtypy. Pro definitivní diagnózu musí být přítomny všechny níže uvedené symptomy:

1. Neustálé se zabývání jídlem, neodolatelná touha po jídle a záchvaty přejídání s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby.
2. Snaha potlačit kalorický účinek jídla jedním z následujících způsobů: vyprovokovaným zvracením, hladovkami, anorektiky, laxativy, diuretiky, u diabetických pacientů pak manipulací inzulinem.
3. Specifická psychopatologie spočívá v chorobném strachu z tloušťky ve snaze udržet si nižší než premorbidní váhu (optimální či zdravou).

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA A KOMORBIDITA

- **Diferenciální diagnóza:**
 - o Somatické choroby:
 - Primární porucha horního GIT vedoucí ke zvracení
 - o Neurologické poruchy:
 - Klein-Levinův syndrom – nadměrná spavost a přejídání
 - Prader-Williho syndrom – zvýšená chuť k jídlu, obezita, mentální retardace, hypotomie, hypogenitalismus
 - Poškození ventromediálního hypotalamu
 - o Psychické poruchy:
 - Obsedantní a depresivní poruchy
 - Mánie
 - Oligofrenie
 - o MB x MA = u MB není přítomen závažnější úbytek váhy a amenorea
- **Komorbidita:**
 - o Závislost na alkoholu (impulzivní chování)
 - o Hraniční porucha osobnosti

LÉČBA

- U MB mají pacienti zpravidla větší náhled a častěji si přejí se sami uzdravit
- Chybí kachexie, není tedy nutno zvyšování hmotnosti
- Řeší se obvykle ambulantní (KBT a psychofarmaka: antidepresiva, které mají antibulimický účinek, především fluoxetin ze skupiny SSRI).

ATYPICKÁ MENTÁLNÍ ANOREXIE A ATYPICKÁ MENTÁLNÍ BULIMIE

- Pro diagnostiku MA nebo MB chybí jeden i více klíčových rysů. Klinický obraz a symptomy v mírném stupni.

PŘEJÍDÁNÍ SPOJENÉ S JINÝMI PSYCHICKÝMI PORUCHAMI (F50.4)

- Může vzniknout v důsledku reakce na stres (sexuální trauma, ztráta blízké osoby apod.), ale i v důsledku farmakoléčby
- Přejídání vede k nárůstu váhy a poruchám jídelního chování, v důsledku toho pak může dojít ke sníženému sebehodnocení, poruchám nálady, úzkostným stavům, nejistotám v osobních vztazích, sociální izolaci, somatoformním poruchám

ZVRACENÍ SPOJENÉ S JINÝMI PSYCHICKÝMI PORUCHAMI (F50.5)

- Může se objevit např. u konverzních poruch a v rámci reakce na těžký stres = psychogenní zvracení
- Hypochondrická porucha – zvracení jedním ze symptomů

- Emoční poruchy – nauzea

JINÉ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY (NEORGANICKÉHO PŮVODU) (F50.8)

PIKA = požívání nestravitelných předmětů, látek, které nejsou určeny k jídlu

PSYCHOGENNÍ ZTRÁTA CHUTI K JÍDLU

DIAGNOSTIKA

Kvantitativní diagnostické metody

- EAT – Eating Attitude Scale – dotazník určen pro diagnostiku MA, ale i PPP obecně
- EDI – Eating Disorders Inventory
- EDE – Eating Disorder Examination

Kvalitativní diagnostické metody

- Klinický rozhovor
- Psaní deníku – pacient si každý den zapisuje události, které souvisí s jeho nemocí a kontextem nemoci
- Kresba ostrova rodiny
- Kresba začarované rodiny
- Kresba stromu
- Kresba skupiny stromů

LÉČBA & TERAPIE

- Základem léčby je dohoda o postupu, cílech a zdůraznění vlastní zodpovědnosti.
- U PPP je obecně bezprostředním cílem nutriční rehabilitace, navození normálního jídelního režimu a odstranění somatických i psychologických následků malnutrice. Pro zajištění somatického zdraví je vhodné dohodnout odstupňovaný plán s odpovídajícími váhovými hodnotami, nebo určit hraniční hmotnost, pod níž budou zavedena nátlaková opatření. Nutná je spolupráce odborníků: psychiatrů, psychologů, internistů, endokrinologů, gynekologů i stomatologů a specialistů v nutričním poradenství.
- Vzhledem k propojení psychické i somatické problematiky, která je pro PPP typická, jsou kladeny na terapeuta vysoké nároky, a to především z hlediska multidisciplinárních znalostí.

FARMAKOTERAPIE

- U pacientů s MA, u kterých depresivní stavy přetrvávají i po zvyšování váhy se předepisují antidepresiva
- V případech výrazné obsedantní, anxiózní či psychotické symptomatologie se předepisují malé dávky antipsychotik (sulpirid, risperidal, olanzapin)
- Anxylolitika lze selektivně a krátkodobě podávat před jídlem ke zmenšení anticipační úzkosti.
- U MB ukázaly studie účinnost antidepresiv IMAO i SSRI, které pomáhají k redukci bulimické symptomatologie.

PSYCHOTERAPIE

- Musí být komplexní, nicméně nejčastěji se primárně řeší vztahové problémy, nízké sebevědomí a nízká frustrační tolerance.
- Univerzální terapeutický program neexistuje, ale zásadní je kvalitní terapeutický vztah pracující s motivací klienta.
- V posledních letech se často uplatňuje psychoedukace, KBT s použitím svépomocných manuálů, interpersonální terapie, psychodynamické přístupy (motivační terapie, kognitivně-analytická terapie a terapie skupin tvořených několika rodinami)
- U mladších adolescentů a dětí je důležitá rodinná terapie a poradenství. Uplatňuje se i rodinná léčba zahrnující společný program pro několik rodin postižených pacientů.

PREDIKTORY ÚSPĚŠNÉ LÉČBY

- Časný začátek poruchy
- Krátká doba trvání
- Dobrá adaptace v praktickém zaměstnání spojeném s určitou dovedností
- Histriónské osobnostní rysy

PREDIKTORY KOMPLIKUJÍCÍ LÉČBU

- | | |
|------------------------------------|---|
| - Dlouhé trvání nemoci | - Nízký intelekt |
| - Nízká minimální tělesná hmotnost | - Deprese jako komorbidita |
| - Nerušené vztahy s rodinou | - Manželství (vdané pacientky bývají |
| - Předcházející léčba | hodnoceny jako více rezistentní ke |
| - Nedostatek pozitivního programu | změně) |
| (invalidní důchod) | - Zvracení |
| - Narušené vztahy s rodinou | - Příslušnost k nízké společenské třídě |

DALŠÍ TYPY PPP

- nejsou specifikovány v MKN-10, ale některé z nich jsou zařazeny v DMS-V

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY U OBÉZNÍCH OSOB

- **Záchvatovité přejídání (Binge Eating Disorder, BED)** - konzumace většího množství jídla, než je obvyklé, a to v krátkém časovém období (méně než 2 hodiny), pocit nepříjemné plnosti, rychlá konzumace jídla, velké množství bez pocitu hladu, spojeno s pocity úzkosti, po přejedení následuje pocit viny, deprese, znechucení sám sebou. Alespoň 2x týdně. Není spojeno s kompenzatorním chováním jako u jiných PPP.
- **Noční přejídání (Night Eating Syndrome, NES)** - večerní jezení (aspoň 25 % denního příjmu kalorií je konzumováno po večeři), a/nebo probuzení spojené s příjmem potravy aspoň třikrát týdně.
- **Kontinuální jedení (Grazing)** - kontinuální konzumaci menšího množství potravy bez volní kontroly. Subjektivně negativní vnímání ztráty kontroly nad svým jídelním chováním a nadměrným příjmem potravy.

DÁLE

- **Ortorexie** – patologická posedlost zdravou výživou a biologicky čistými potravinami. Neustálé přemýšlení o jídle, úbytek na váze, přesvědčování okolí o škodlivosti „nezdravých potravin“.
- **Bigorexie** (svalová dysmorfická porucha, dysmorfofobie, Adonisův komplex, obrácená anorexie) – pocit nedostatečné svalové vyvinutosti, potřeba být větší, silnější. Tráví přehnané množství času v posilovnách, užívají doplňky stravy až anabolické steroidy, konzumují nadměrné množství stravy za účelem nabrání svalů.
- **Drunkorexie** – cílem redukovat stravu (snížit počet kalorií), aby si člověk mohl dovolit konzumovat více alkoholických nápojů (zejména tvrdých)

11. SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE A DEVIACE

Dle MKN:

F50-F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

F52 Sexuální poruchy, kt. nejsou způsobeny organickou nemocí nebo poruchou

F60–F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých F60-F69

F64 Poruchy pohlavní identity

F65 Poruchy sexuální preference

F66 Psychické a behaviorální poruchy spojené se sexuálním vývojem a orientací

SEXUÁLNÍ DYSFUNKCE

- **sex. funkce** = schopnost dosahovat uspokojení přiměřeným způsobem

Základní funkce sexuálního pudu

- Funkce reprodukční.
- Funkce rekreační.
- Komunikační funkce sexu.

Průběh Sexuálního reakčního cyklu – Master a Johnsonová

- 1) **Touha (apetence):** charakterizována sexuálními fantaziemi a touhou po sexu
 - 2) **Vzrušení:** typické příjemné pocity doprovázené u ženy lubrikací a u muže erekcí
 - 3) **Plató**
 - 4) **Orgasmus (vyvrcholení):** orgasmus, spojený u ženy s rytmickými stahy circumvaginální svaloviny, u muže s ejakulací
 - 5) **Uvolnění (rezoluční fáze):** fyziologické funkce se vrací do normálního stavu.
 - 6) **Refrakční fáze:** stimulace nevede k nastartování nového cyklu, délka této fáze je individuální a s věkem se prodlužuje
 - Indiv., může mít výkyvy
 - Prům. doba 1. pohl. styku: Ž-18, M-16,5
- za sexuální dysfunkce se považuje takový stav, kdy je narušena jedna či více fází sexuálního reakčního cyklu z důvodu anatomických, patofyziologických či psychologických.

SEX. DYSFUNKCE

- a) Primární – nefunguje od začátku
- b) Sekundární – až po nějaké době
- a) Situční – pouze za určitých podmínek, okolností
- b) Generalizovaná – nezávisle na partnerovi, situaci, okolnostem

Dysfunkce se mohou u mužů i žen projevit na úrovni:

- Apetence: porucha se může pohybovat od nadměrného zájmu po chlad a dotykový odpor (averzi) či nechuť k sexu
- Vzrušení: u muže se obvykle projevuje jako porucha erekce. U ženy jako nedostatečná lubrikace
- Orgasmu: u muže se projevuje jako předčasná, opožděná nebo chybějící ejakulace. U ženy jako chybějící orgasmus
- Uspokojení: člověk může zažít orgasmus, a přesto nemusí cítit uspokojení ze sexuálního styku, může mít problémy se zažíváním důvěrného vztahu s druhým

ASPEKTY SEXUALITY

- | | |
|--------------|---------------|
| ○ Biologický | ○ Racionální |
| ○ Emoční | ○ Spirituální |
| ○ Vztahový | |

CO MAJÍ MUŽI A ŽENY JINAK

- Tělo (geny, stavba, fce, hormony, pohlavní orgány, kůže, mozek)
- Psychika (emoce, racionalita)
- Aby byl možný sex. Proces minimálně se aktivují 2 roviny: ženy-tělo, vztahy

F52 SEXUÁLNÍ PORUCHY, KTERÉ NEJSOU ZPŮSOBENY ORGANICKOU NEMOCÍ NEBO PORUCHOU

.0 NEDOSTATEK NEBO ZTRÁTA SEX. ŽÁDOSTIVOSTI

- **frigidita** = pohl. chladnost; snížená sex. žádostivost, asexualita = absence touhy po sex. životě, vztahová/sexuální
- Jde o základní problém, nikoliv sekundární k jiným sex. Poruchám, jako jsou poruchy erekce nebo dyspareunie
- původ lze hledat v hlubokých manželských (partnerských) a sexuálních konfliktech. Nutno odlišovat, zda je libido muže slabé primárně či sekundárně (konflikty, zevšednění, únava, stres).
- frigidita
- snížená sexuální žádostivost

.1 ODPOR K SEXUALITĚ A NEDOSTATEK PROŽITKU

- Představa sexuálního aktu produkuje mnoho obav nebo úzkosti, takže se sex. Aktivitě vyhýbá (sexuální averze), nebo sex. Odpověď i orgasmus jsou správně pociťovány, ale je nedostatek dostatečného potěšení (nedostatek sex. Uspokojení)
- anhedonie

.2 SELHÁNÍ GENITÁLNÍ ODPOVĚDI

- U muže jde o poruchy erekce. Základním problémem je obtíž se vznikem nebo udržením erekce dostatečné pro úspěšnou soulož. U ženy jde o suchost vagíny nebo nedostatečnou schopnost lubrikace.
- porucha ženské sex. Vzuřivosti
- Poruchy erekce
- Psychogenní impotence

.3 PORUCHY ORGASMU

- orgasmus se buď neobjevuje nebo je opožděn
- orgasmus potlačený / psychogenní / retardovaný = opožděný

.4 PŘEDČASNÁ EJAKULACE

- neschopnost ovládat dostatečně ejakulaci pro potěšení obou partnerů ze soulože

.5 NEORGANICKÝ VAGINISMUS

- spasmus svalů pánevního dna obklopující vaginu, který způsobuje uzavření vchodu do vaginy
- zavedení penisu je bolestivé nebo nemožné
- psychogenní vaginismus

.6 NEORGANICKÁ DYSPAREUNIE

- koitální dyskomfort, při kterých frikční koitální pohyby penisu v pochvě vyvolávají nepříjemné pocity (*dyspareunie*) až bolest (*algopareunie*).
- Dyspareunie (neboli bolest během soulože) se vyskytuje u žen i u mužů. Může být způsobena lokální patologií a pak musí být správně zařazena pod patologický stav. Tato položka je určena pro použití, pouze pokud neexistuje žádná primární neorganická sexuální dysfunkce (např. vaginismus nebo suchost vagíny).
- Psychogenní dyspareunie

.7 NADMĚRNÉ SEXUÁLNÍ NUTKÁNÍ

- Nymfomanie
- Satyriasis

PORUCHY MUŽSKÉ SEXUÁLNÍ APETENCE

NEDOSTATEK SEXUÁLNÍ TOUHY

- původ lze hledat v hlubokých manželských (partnerských) a sexuálních konfliktech. Nutno odlišovat, zda je libido muže slabé primárně či sekundárně (konflikty, zevšednění, únava, stres).
- Hypersexualita: závislost na sexu, nutkavé sexuální chování, impulzivní sexuální chování – nutno rozlišovat a podle toho terapie – hlavně KBT

ZÁVISLOST NA SEXU

- Nadměrné soustředění na sex, ztráta kontroly nad sexuálním chováním.
- Následné pocity studu a beznaděje za takové chování.
- Sexu je obětováno vše ostatní. Problém je progresivní.
- Terapie je zaměřená na překonání osamělosti a rozvoj alternativních způsobů zvládání stresu.

NUTKAVÉ SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ

- Kompulzivní chování. Potřeba zbavit se úzkosti, deprese, napětí.
- Navodit si snadno pocity uvolnění a pohody.
- Daří se jen chvíli. Vznikají rychle pocity přesně opačné.
- Uzavírá se bludný kruh.
- Terapie hledá způsoby, jak nutkavé chování přerušit, jak ho zvládnout jinak.

IMPULZIVNÍ SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ

- Neschopnost odolat impulsu, který může být škodlivý. Před uskutečněním narůstá napětí.
- Čin je posléze uskutečněn a dochází k potěšení a uvolnění tenze.
- Zde vidíme spojitost s impulzivními poruchami jako je kleptomanie, pyromanie.
- Terapie směřuje k ovládnutí impulsů.

PORUCHY EREKCE

- Erektce chybí úplně. / Je nedostatečná nebo nespolehlivá.
- Soulož nelze uskutečnit nebo je soulož nesnadná.
- Erektce se nedostaví vůbec nebo dojde v průběhu či začátku soulože k selhání.

Rozlišení poruch erekce:

- Primární porucha: trvá od začátku pohlavního života.
- Sekundární porucha: pokud se obtíže objeví až po období úspěšného sexuálního života.
- Generalizovaná porucha: za všech okolností.
- Selektivní porucha: pouze někdy za určitých okolností.

Psychogenní faktory poruch erekce

- Situační: soukromí, otěhotnění, vyrušení, pohlavní nákaza.
- Traumatizující: strach, pocity viny, méněcennosti, trapnost.
- Partnerské problémy.
- Současná životní situace a jiné poruchy: deprese, přepracování, únava.
- Osobnost muže: muži bázlíví, úzkostní, nejistí, se sklonem k hypochondrii.

Psychoterapie

- | | |
|-----------------------------|----------------------------|
| - Racionální psychoterapie. | - Tréninková psychoterapie |
| - Dynamická psychoterapie. | - KBT |
| - Hypnoterapie. | |

Léčba

- Viagra
- Podtlakové erektory, cévní operace, penilní endoprotézy (vložka dovnitř do penisu)

PŘEDČASNÁ EJAKULACE

- Soulož nelze prodloužit na dobu delší než 1 minuta.
- Relativní předčasná ejakulace: doba nestačí k uspokojení partnerky.
- Chybění volní kontroly nad ejakulačním reflexem.
- Ejakulaci při minimální sexuální stimulaci.
- Trvání průměrné soulože v ČR je 15 až 16 minut.
- Příčiny předčasné ejakulace
- Nízká frekvence pohlavního styku.
- Strach a úzkost při pohlavním styku.
- Návyk na rychlou ejakulaci: situační vlivy, soužití s chladnou ženou (mít to rychle za sebou).
- Konstituční faktory: nízký práh ejakulačního reflexu.

Psychoterapie

- Racionální psychoterapie: tlumení vzrušení, přestávky, žena nahoře, častější pohlavní styk.
- Funkcionální trénink: učit se prodlužovat latenci – sám nebo s partnerkou.

Léčba: SSRI, znečitlivující gely

RETARDOVANÁ EJAKULACE

- Nepřiměřeně dlouhá orgastická latence.
- Počáteční erekce je dobrá.
- Vzdrušení je dlouho stabilní.
- Ejakulace se dostavuje s velkou latencí.

CHYBĚJÍCÍ EJAKULACE

- K ejakulaci nedojde žádným způsobem.
- Při masturbaci ano, při sexu ne.
- Situační vlivy: podněty nejsou silné, partnerka působí tlumivě.
- Někdy dojde k ejakulaci, ale nedojde k orgasmu.
- Existuje také suchý orgasmus.
- Retrográdní ejakulace: výron semene do močového měchýře.

Psychogenní příčiny

- Poruchy v partnerském vztahu.
- Vztah je ambivalentní, pohrdání partnerkou, potlačovaná zlost.
- Ortodoxní náboženská výchova.
- Strach z otěhotnění.
- Sexuální deviace.
- Homosexualita.

Terapie

- Využití všech forem stimulace tak, aby pacient dokázal ejakulaci vyvolat.
- Hledání primárního problému.
- Trénink ejakulace s vibrátorem.
- Trénink ejakulace s partnerkou.
- Víc se vzrušit sexuálními fantaziemi.

PORUCHY ŽENSKÉ SEXUÁLNÍ APETENCE A VZRUŠENÍ

FRIGIDITA

- Chybění sexuální touhy a vzrušivosti.
- Není apetence.
- Není vzrušení: lubrikace, nedostavují se příjemné pocity, neuvolní se poševní vchod, pohlavní orgány nejsou citlivé.
- Frigidita většinou v sobě zahrnuje také anorgasmii (není to ovšem pravidlem).

ANORGASMIE

- Chybí pocitové vyvrcholení – orgasmus.
- Kombinuje se s frigiditou i poruchou vzrušivosti.
- Někdy je žena schopna vzrušení, touží po sexu ovšem nedosahuje orgasmu.
- Nutno rozlišit, zda je anorgasmie vázaná na soulož či masturbaci.
- Některé ženy orgasmus nepostrádají.
- Jiné ženy ano – objevuje se podrážděnost, bolesti hlavy, napětí, bolesti podbřišku, zlost na partnera...

Příčina a fixace problému

- | | |
|-------------------------|---------------------------------------|
| - Prudérní výchova. | - Nepříznivé okolnosti v přítomnosti. |
| - Sexuální traumata. | - Vztah k partnerovi. |
| - Vynucování sexuality. | - Chybí účinná sexuální stimulace. |

SEXUÁLNÍ AVERZE

- Jedná se o odpor k sexuální aktivitě.
- Vztah k sexualitě není lhostejný, ale vysoce záporný.
- Odpor se týká jen soulože a mazlení.
- Může se také týkat jakékoli tělesnosti ze strany partnera.

Racionální psychoterapie

- Vytvořit si příznivé prostředí pro sexuální aktivitu.
- Vytvořit si kladné zaměření na partnera.
- Vnímat příjemnost tělesného kontaktu.
- Seznámit se o samotě s vlastními pohlavními orgány a vyzkoušet jejich citlivost.

- Zabývat se o samotě více sexuálními představami.
- Požádat partnera o delší předehtu.
- Přizpůsobit svůj typ sexuální reaktivity technice.
- Vyzkoušet různé polohy.
- Být ta aktivní.
- Zvýšit otevřenou komunikaci s partnerem o sexu.

Jiné terapeutické postupy

- | | |
|---------------------------------|---|
| - Hypnoterapie. | - Trénink svalů pánevního dna. |
| - Dynamická terapie. | - Autostimulační trénink. |
| - Autogenní trénink. | - Zlepšení kondice partnerského vztahu. |
| - Systematická desenzibilizace. | |

VAGINISMUS

- Reflexní křečovitě stažení svalstva poševního vchodu a dalších svalů pánevního dna.
- Znemožnění průniku penisu do pochvy.
- Má charakter obranného reflexu.
- Je vyvolán očekávaným nebo jen představovaným pokusem o penetraci.
- Apetence, vzrušivost i orgasmus jsou zachovány.

Příčiny

- | | |
|---|----------------------------|
| - Vytvoření obranného reflexu, který dál funguje autonomně. | - Konflikty mezi partnery. |
| - Nepříjemný zážitek. | - Lesbická orientace. |
| - Postoj k partnerovi a sexu. | - Prudérní výchova. |

Psychoterapie

- Relaxační techniky
- Sugescie
- Hypnóza

DYSPAREUNIE

- Nepříjemné bolestivé pocity při souloži.
- Vaginismus není přítomen.
- Může jít o nedostatečné zvlhnutí – lubrikace. Zde je nutno zaměřit se na předehtu, techniku, prostředí, či náhradní zvlhčení (kondom, gel).
- Zpravidla se jedná o gynekologický problém.
- Možné i psychosomatické vysvětlení.
- Uvažuje se o sekundárním zisku.
- Vyhnout se styku s partnerem.

PSYCH. ASPEKTY SEXUÁLNÍCH DYSFUNKCÍ

- výkonová motivace, strach z neúspěchu, snížené sebehodnocení, nedostatek informací – strach, idealismus – křesťanství, dysmorfofobie, kreativita, rodina, média
- srovnávání s ostatními (porno – zkreslení představ, primární prevence)
 - o ALE vědět, že norma znamená pro každého něco jiného – nelze srovnávat
 - o Zároveň znát, co je ne-/zákonné

Dál se zajímat o:

- životní styl, kvalita partnerského vztahu, porod, manželské problémy, problematiku výchovu v primární rodině, nemoc, stres, psychiatrická diagnóza a jejich léčba, dřívější zkušenosti, spánek, trauma, nezpracovaná vlastní pohl. identita, nepřiznaná sex. Orientace, nedostatek soukromí, individuální rozdíly, partnerský nesoulad v sex. Životě, ne-/plánované těhotenství, obavy z pohlavně přenosných chorob / z těhotenství, nevhodná stimulace, delší sex. Abstinence
- věk – vrchol u M ve 18-25, u Ž 40-45 letech

VLIV SOMATICKÝCH ONEMOCNĚNÍ NA SEX. DYSFUNKCE

- kardiovaskulární – krevní řečiště
- onkologická onemocnění a jejich léčba

- diabetes mellitus
- mozková onemocnění a jejich léčba
- traumata a zákroky malé pánve-porušení nervů, krev. řečiště,

PSYCHOSOMATIKA

- poranění míchy – snížení nervové citlivosti
- endokrinní poruchy – hormonální dysbalance vliv na plodnost
- záněty močových cest, genitálií
- pohlavně přenosné choroby
- anomálie genitálií – zúžení předkožky apod.

SEXUÁLNÍ TERAPIE

- Masters a Johnsonová (60. a 70. léta)
- Vliv behaviorismu
- Intrapsych. a vztah. problémy jako nežádoucí jevy
- Nácviky, kontrola, stanovené cíle
- Helen Kaplanová – upravena ambulantně pro praktické použití

F64 PORUCHY POHLAVNÍ IDENTITY

- Pohlavní identita vyjadřuje subjektivně vnímaný pocit sounáležitosti či naopak rozporu s vlastním tělem, s jeho primárními a sekundárními pohlavními znaky i se sociální rolí přisuzovanou danému pohlaví
- Zevní projevy pohlavní identity nazýváme pohlavní rolí
- Gender – podmíněný kulturně a sociálně, individuální poměr: maskulinita/feminita, mnoho variant genderů
- **Ontogeneticky:** Pohlavní identita se formuje před 4 rokem věku, později je potvrzována sociální chováním a vlivy

F64.0 TRANSSEXUALITA

- Stav jedince, který si přeje žít a být akceptován jako příslušník opačného pohlaví. Obvyklý je zde pocit nespokojenosti s vlastním anatomickým pohlavím nebo pocit jeho nevhodnosti a přání hormonálního léčení a chirurgického zásahu, aby jeho/její tělo odpovídalo (pokud možno) preferovanému pohlaví. Transsexuální identita by měla trvat alespoň dva roky-nesmí být projevem duševní poruchy (zejména schizofrenie) ani
- Nesmí být sdružena s intersexuální, genetickou nebo chromozomální abnormalitou
- Jedinci své tělo prožívají „omylem“, označení M-F a F-M, své pohlaví nechtějí, je jim odporné

PSYCHOLOGICKÁ DIAGNOSTIKA

- limity, spíše osobnost, inteligence apod. nutnost anamnestického rozhovoru
- Z rozhovoru, dlouhodobě přítomna touha být druhým pohl. a aktivně k němu směřovat
- Nutnost trvání 2 roky, na diagnostickém posudku se podílí psychiatr, sexuolog a psycholog

LÉČBA/PSYCHOTERAPIE

- **podpůrná** – pomoc sdílet, pochopení, nepřemlouvání, netlačit ani jedním směrem
- Vyšetření, biologická a hormonální léčba
- Podávání hormonů – nejdříve pro blokaci svého pohlaví a poté pro podporu nového
- Chirurgická přeměna pohlaví – odnětí / modelování prsou, pohl. orgánů, penisu (snížená funkce)
- Sterilizace – v některých zemích povinná, pokud nedojde k chirurgické změně pohlaví (pro zabránění situace, že muž je těhotný)
- MtF (male to female) / FtM (female to male)

ZÁKLADNÍ ANAMNESTICKÁ EXPLORAČNÍ VODÍTKA

- Preference hraček a her v předškolním věku
- Preference oděvu
- Odpor k primárním i sekundárním pohlavním znakům a jiným biologickým projevům dospívání
- Neerotické sny a denní fantazie
- Masturbační fantazie a erotické sny

- Zamilovanost a partnerské vztahy
- Sexuální aktivity
- Charakteristiky pohlavní role
- Data z dalších oblastí: sociální adaptace, psychické problémy, kognitivní charakteristiky, osobnost, abúzus a somatické problémy pacienta i o charakteristikách týkajících se jeho další prognózy

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|
| - Intersexualita | - Transvestitismus dvojí role |
| - Homosexualita | - Psychotická porucha |
| - Porucha pohlavní identity v dětství | - Syndrom skopců |
| - Transvestitismus fetišistický | - Organické mozkové léze |

F64.1 TRANSVESTITISMUS DVOJÍ ROLE

- Nošení šatů opačného pohlaví pro část vlastní existence, aby se užila dočasná zkušenost členství v opačném pohlaví, ale bez přání trvalejší změny pohlaví nebo přidruženého chirurgického převodu a bez sexuálního vzrušení provázejícího převlékání.
- Porucha pohlavní identity v dospívání nebo dospělosti nikoliv transsexuálního typu
- Někdy transsexuální transvestitismus

F64.2 PORUCHY POHLAVNÍ IDENTITY V DĚTSTVÍ

- Porucha, která se prvně projevuje v raném dětství (a v každém případě před pubertou), charakterizovaná přetrvávající intenzivní nespokojeností s daným pohlavím, současně s přáním být (nebo trváním na tom, že je) opačného pohlaví.
- Přetrvává zaměstnávání se oblečením a činnostmi opačného pohlaví a odmítáním vlastního. Tato diagnóza vyžaduje hluboké narušení normální sexuální identity; pouhé klukovské chování dívek a dívčí chování chlapců není pro tuto diagnózu dostatečné.
- Příznaky už v dětství – hry, verbalizace / hodně dětí opačného pohlaví v okolí, touha vyzkoušet si hry opačného pohlaví
- Sex. preference se v dětství projevuje napodobováním opač. pohlaví než skutečné přitahování
- Tip: dítěti nenutit, zpravidla s nástupem do školy tendence odeznívají a vrací se v cca 10-11 letech
- Později homosexualita, asi v ¼ transsex., u spousty dětí samovolně odezní
- Musí trvat alespoň ½ roku
- **Diagnostika.:** pozorování, rozhovor s rodiči

F65 PORUCHY SEXUÁLNÍ PREFERENCE

- Běžně označované pojmem **parafilie**
- Parafilie (porucha) xxx parafilní chování (náhražkové chování)
- Častější u mužů
- Pro diagnózu musí trvat alespoň půl roku
- Projevují se situačně xxx celoživotně
- Egodystonní xxx egosytonní
- Parafilie v objektu xxx parafilie v aktivitě
- Definice přiměřeného objektu: živý dospělý člověk opačného nebo stejného pohlaví, svolný bez neakceptované či nadměrné agrese
- Podstatou deviace je odlišná struktura sexuální motivace.
- Podstatně určujícím faktorem je biologická determinace.
- Sexuální deviace je celoživotní charakteristika.
- Sexuální deviace je typická sexuálními impulzy, fantaziemi a praktikami, které jsou neobvyklé.
- Týkají se nehumánních objektů, utrpení a ponižování nebo zaměření na děti či jiné nesouhlasící objekty.
- Parafilie v aktivitě či deviace v objektu.

PARAFILIE V OBJEKTU

FETIŠISMUS

- erotický zájem subjektu je zaměřen pouze na určitý zástupný symbol sexuálního partnera, nebo na některou dílčí vlastnost; jindy je fetiš zcela bez vztahu k případnému erotickému objektu; raritní – exkrementologie, urofilie, nekrofilie
- masturbace s objektem

Léčba: psychoterapie, podávání antiandrogenů

TRANSVESTITISMUS

- Vzrušení je dosahováno převlékáním se do šatů opačného pohlaví a vystupováním v roli opačného pohlaví.
- Pocit příslušnosti k vlastnímu pohlaví je zachován.
- Někdy slouží k zachování psychické pohody nikoli k sexuálnímu vzrušení a uvolnění.

PEDOFILIE

- Erotické zaměření na objekty prepubertálního věku bez znaků dospívání.
- Zaměření na děti 5 až 12 let.
- Preference znaků dětství – tělo i chování.
- Heterosexuální, homosexuální, bisexuální.
- Pravý pedofil je proceptivní – sbližující se.
- Často se jedná o muže, pracující s mládeží.
- Dětský svět je jim blízký, rozumí mu.
- průkaz – falopletyzmografie
- léčba: farmakoterapie (tlumení sex. aktivity)
- hebefilie – zaměření na dospívající

JINÉ PARAFILIE V OBJEKTU

- Nekrofilie – mrtvá těla.
- Zoofilie – zvířata.
- Pyrofilie – zakládání požárů.
- Koprofilie – výkaly (manipulace s nimi).
- Myzofilie – nečistoty na těle partnera.

PARAFILIE V AKTIVITĚ

EXHIBICIONISMUS

- Vzrušení je dosahováno odhalováním genitálu před neznámými ženami či dívkami.
- Spojeno s erekcí a masturbací. Nejčastější, silně nutkavý charakter.
- Exhibicionismus je trestným činem.
- Pravý exhibicionista je nesmělý, plachý. Sociálně dobře adaptovaný. Často žije v iluzi, že se ženám jeho chování líbí. Vyskytuje se i u žen.
- Kombinace s agresivitou je možná!
- pravidlo **FEAR** (FUCK EVERYTHING AND RUN)
- léčba: psychoterapie; antiandrogeny, antidepressiva, lithium (k útlumu)

VOYERISMUS

- Vzrušení je dosahováno sledováním intimního počínání nic netušících anonymních jedinců.
- Sexuálního uspokojení je dosahováno masturbací.
- V popředí stojí strach z přímého sexuálního kontaktu a odmítnutí.
- Toto počínání vytlačuje běžnou sexualitu.
- Často propojené s exhibicionismem či pedofilií.
- Typické pro muže. Typický začátek před 15 rokem.

TUŠÉRSTVÍ

- Vzrušení se dosahuje doteky intimních míst anonymních žen. Následně masturbuje. Propojení s frotérstvím je časté.

- Jedná se o mírnější formu sexuální agrese. U žen se nevyskytuje.

FROTÉRISMUS

- Vzrušení je dosahováno, třením se o anonymní ženské objekty v tlačnici.
- Tato činnost přináší vzrušení a následně i orgasmus.
- Vysoká nutkavost je zřejmá. Opět možná kombinace s jinými deviacemi. Vyloženě typické pro muže.

PATOLOGICKÁ SEXUÁLNÍ AGRESIVITA

- Vzrušení i uspokojení je dosahováno překonáním odporu napadené ženy a minimalizací její kooperace.
- Odpor často vzrušuje. Nebezpečná deviace.
- Agresivita směřuje či nesměřuje ke koitu.
- Sklon k opakování je vysoký. Typické je predátorství – lov oběti.
- **Agresivní sadismus**
 - Pro dosažení vzrušení a uspokojení potřebují objekt svého zájmu před stykem, během styku či místo styku znehybnit.
 - Sexuální vrahové.
 - S obětí libovolně manipulovat, ponížít, působit utrpení.
 - Odřezávají kusy těl – pojídají, masturbují nad nimi doma.
- **Sadismus**
 - Vzrušení a uspokojení je dosahováno dominancí, totální kontrolou objektu.
 - Sadista je vzrušován fyzickým a duševním utrpením.
 - Častý je jeho výskyt v konjunkci s partnerem.
 - Nemusí být tedy naplněna podmínka anonymity.
- **Masochismus**
 - Vzrušení a uspokojení je dosahováno skrze prožívanou bolest a ponížení.
 - Preferováno jedincem je být poškozen, ponížen a záměrně se účastnit aktivit, kde je mu to umožněno.
 - Naprosté odevzdání se partnerovi – rozkoš.

F66 PSYCHICKÉ A BEHAVIORÁLNÍ PORUCHY SPOJENÉ SE SEXUÁLNÍM VÝVOJEM A ORIENTACÍ

.0 PORUCHA SEXUÁLNÍHO VYZRÁVÁNÍ

- Nejistota pohlavní totožností nebo orientací způsobuje úzkost a depresi
- Nejčastěji u dospívajících, kteří si nejsou jistí svou orientací

.1 EGODYSTONICKÁ SEXUÁLNÍ ORIENTACE

- Pohlavní identita nebo sexuální preference je nepochybná, ale subjekt si přeje, aby byla jiná vzhledem k přidruženým psychickým a behaviorálním poruchám, a může vyhledat léčení, aby došlo ke změně

.2 PORUCHA SEXUÁLNÍCH VZTAHŮ

- Pohlavní identita nebo sexuální orientace je odpovědná za obtíže ve vytváření nebo udržování vztahů se sexuálním partnerem.

12. PORUCHY OSOBNOSTI A CHOVÁNÍ U DOSPĚLÝCH, SPECIFICKÉ PORUCHY OSOBNOSTI, NÁVYKOVÉ A IMPULZIVNÍ PORUCHY

Dle MKN:

F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F60 Specifické poruchy osobnosti

F61 Smíšené a jiné poruchy osobnosti

F62 Přetrvávající změny osobnosti, které nelze přisoudit hrubému poškození nebo nemoci mozku

F63 Návykové a impulzivní poruchy

F64 Poruchy pohlavní identity

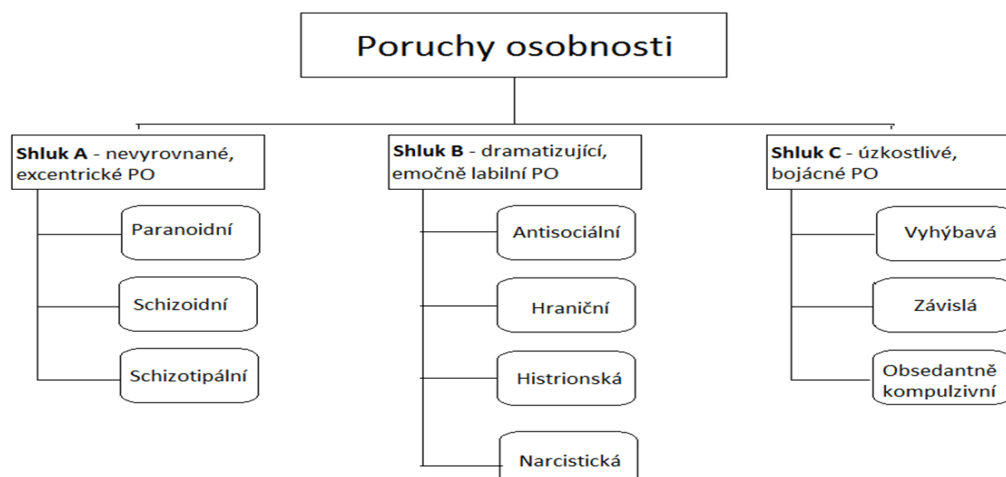
F65 Poruchy sexuální preference

F66 Psychické a behaviorální poruchy spojené se sexuálním vývojem a orientací

F68 Jiné poruchy osobnosti a chování u dospělých

F69 Nespecifikovaná porucha osobnosti a chování u dospělých

DSM VYMEZUJE PORUCHY OSOBNOSTI JAKO



Tento oddíl zahrnuje rozmanitost stavů a vzorců chování klinického významu, které mají tendenci přetrvávat a objevují se jako vyjádření charakteristického životního stylu jedince a způsobu jeho vztahu k sobě i druhým. Některé z těchto stavů a vzorců chování se objevují časně v průběhu individuálního vývoje jako výsledek konstitucionálních faktorů a sociálních zkušeností, jiné se získávají později v životě.

Specifické poruchy osobnosti (F60.), smíšené a jiné poruchy osobnosti (F61.) a trvalé změny osobnosti (F62.) jsou **hluboce zakořeněné a trvalé vzorce chování**, ukazující neměnnou odpověď na širokou škálu osobních a sociálních situací. Reprezentují extrémní nebo významné odchylky od způsobů, kterými průměrný člověk v dané kultuře vnímá, myslí, cítí a zvláště má vztahy k druhým. Takové vzorce chování mají **tendenci být stabilní** a zahrnovat různé oblasti chování a psychologického fungování. Jsou často, i když ne vždycky, sdruženy s různým stupněm subjektivní tísně a narušení sociálního výkonu.

OBECNÁ DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA MKN-10

- I. Evidence subjektivní odchylnosti od očekávaného (přijatelného) průměru chování dané společnosti (norma). Odchylka se musí projevovat ve více než jedné z oblastí:
 - o Poznávání (vnímání a interpretace) skutečnosti;
 - o Emotivita;
 - o Ovládání impulzu a uspokojování potřeb;
 - o Způsob chování k ostatním (interpersonální sféra).
- II. Odchylka se projevuje jako výrazná nepřizpůsobivost, maladaptace, dysfunkce v rámci širšího okruhu situací.
- III. Odchylka se stává příčinou osobních potíží, má dopad na sociální prostředí a negativní důsledky.
- IV. Dlouhotrvající odchylka, začátek v (pozdním) dětství nebo adolescenci.

- V. Odchylka není projevem ani důsledkem jiné duševní poruchy.
- VI. Musí být vyloučeno organické onemocnění, úraz nebo dysfunkce mozku.

Současné teorie poruch osobnosti (PO)

Paradigmata: biologické, kognitivní, psychodynamické, bio-psycho-sociální.

1. Biologické teorie

- Cloningerův model
- Multidimenzionální neurobehaviorální model
- Teorie motivačních BIS a BAS systémů
- Neurobehaviorální model Coccaro a Sievera

2. Kognitivní teorie

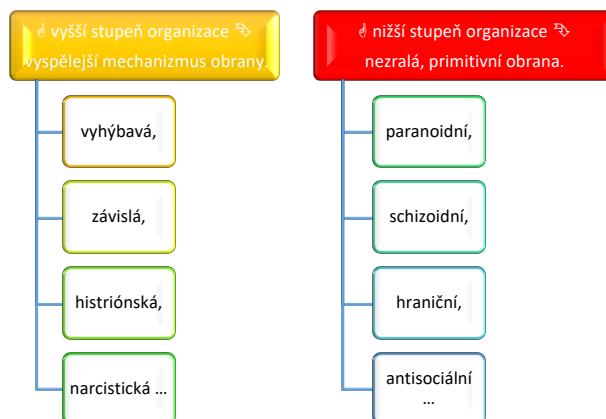
- Kognitivně-behaviorální teorie PO-
- Cognitive-Behavioral Theory of Personality Disorders
- Cognitive-Behavioral Theory Expanded: The Dialectical Behavioral Approach
- Cognitive-Behavioral Theory Expanded: Schema Theory

3. Psychodynamický model

- Object Relations Theory of Personality Disorders (psychoanalytická – ego psychologie, Otto Kernberg)
- Attachment Theory of Personality Disorder (připoutání John Bowlby and Mary Ainsworth)
- Attachment Theory Expanded: Mentalization (Peter Fonagy and Anthony Bateman)

4. Bio-psycho-sociální model

PORUCHY OSOBNOSTI A OBRANNÉ MECHANISMY



- **Primární obranné mechanismy:** krajní stažení se, popření, všemocná kontrola, krajní idealizace a znehodnocení, projekce, introjekce, štěpení já, somatizace, sexualizace
- **Sekundární obranné mechanismy:** vytěsnění, regrese, izolace afektu, intelektualizace, racionalizace, moralizování, přesunutí, reaktivní výtvar, humor, sublimace, identifikace

OBRANNÉ MECHANISMY DLE VAILLANTA

- **Psychotické obrany** (úroveň 1): běžně v dětství do 5 let: Bludná projekce, psychotické popření
- **Hraniční úroveň:** štěpení, projektivní identifikace, narcistická idealizace a devalvace
- **Nezralá úroveň** (běžně u zdravých lidí od 3-15 let): projekce, schizoidní fantazie, hypochondrismus, pasivní agrese, agování, disociace,
- **Neurotická úroveň** (běžně u lidí 3-90 let): vytěsnění, reaktivní výtvar, izolace afektu, intelektualizace, přesun
- **Zralá úroveň** (běžně u lidí od 3-90 let): altruismus, potlačení, humor, sublimace

Disociální PO	Acting out, kontrola, disociace, projektivní identifikace
Vyhýbavá PO	Inhibice, izolace, přesun, projekce
Závislá PO	Idealizace, reaktivní výtvar, projektivní identifikace, somatizace, inhibice, regrese
Hraniční PO	Štěpení, deformace, acting out, disociace, projektivní identifikace
Histriónská PO	Sexualizace, vytěsnění, popření, regrese, disociace
Narcistická PO	Idealizace, znehodnocení, projekce, identifikace
Anankastická (OCD osobnost)	Intelektualizace, odčínění, přesun, izolace afektů, racionalizace
Paranoidní PO	Projekce, projektivní identifikace, popření, štěpení, reaktivní výtvar
Schizoidní	Schizoidní fantazie, intelektualizace, introjekce, projekce, idealizace, znehodnocování

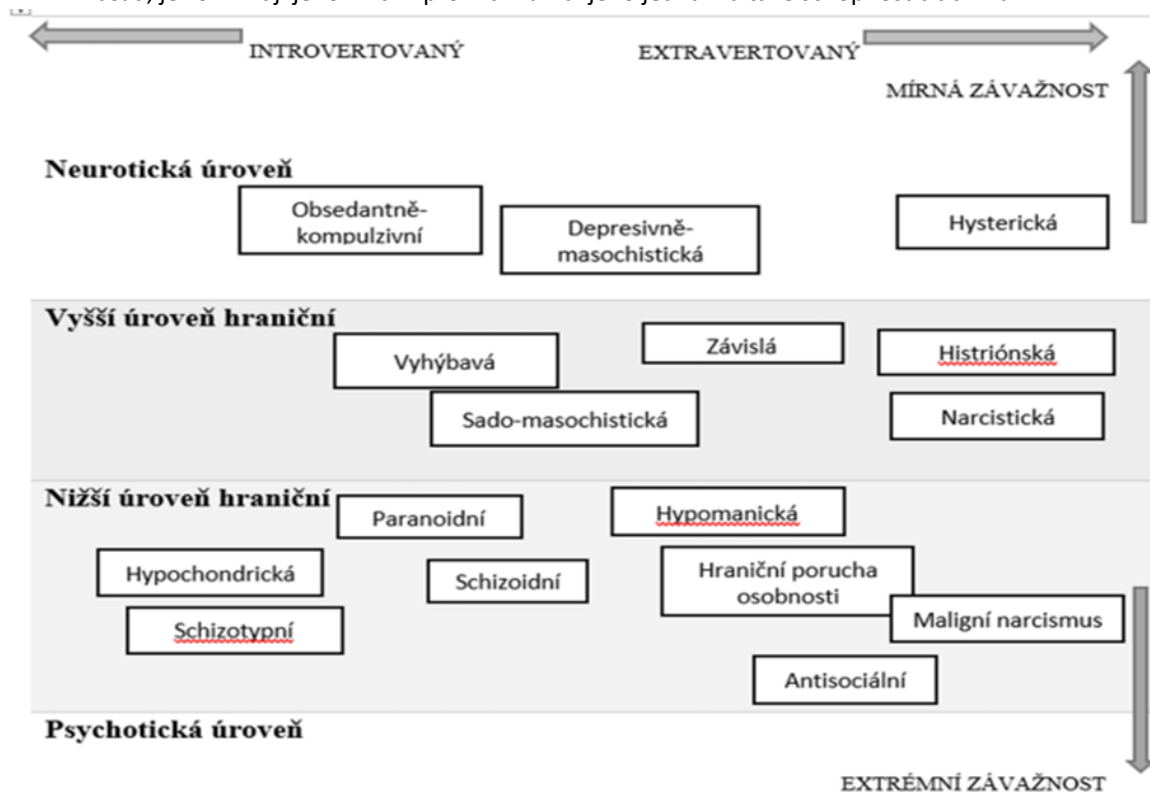
STRUKTURA A ORGANIZACE OSOBNOSTI

- **Struktura osobnosti:** základní struktura částí psychiky (self, afekty, interpersonal, apod.) a jejich dynamika
 - o není možné nemít strukturu osobnosti
 - o „co se děje“ ve smyslu vnitřních konfliktů, které zrovna řešíme.
 - o Pouze **patologická forma struktury osobnosti** ukazuje na poruchu osobnosti
 - o Hraniční, psychotická, normální...
 - o Odkazuje na obranné mechanismy (zralé x nezralé, primární x sekundární)
- **Organizace osobnosti:** ukazuje na to „jak se to děje“ ve smyslu, jak moc nás to, co řešíme, rozloží, zahltí, sejme...
 - o psychotická, hraniční, neurotická, normální
 - o v kontextu tedy může být např. schizoidní struktura osobnosti hraniční organizovaná, lze tedy mluvit o struktuře osobnosti na jakémkoliv typu organizace
 - o **Neurotická až zdravá úroveň organizace osobnosti:** sjednocená identita a stálost objektu, Oidipovská dle Freuda, Erikson: iniciativa proti pocitům viny.
 - o **Hraniční úroveň:** separace individua, anální úroveň dle Freuda, Erikson: autonomie pro studu a zahanbení.
 - o **Psychotická úroveň:** symbióza, orální dle Freuda, Erikson: základní důvěra proti nedůvěře.
- **Strukturální diagnóza:** kategorické hodnocení organizace osobnosti založené na vyšetření tří klíčových funkcí Já, jimiž rozumíme formování identity, obrany a testování reality
 - o odráží osobní zkušenost jedince s jeho vnitřním a vnějším světem a má rovněž behaviorální koreláty

DÁLE SLEDUJEME:

- **Identita:** popisuje jak organizaci, tak obsahy vnitřního světa jedince. Integrovaný a stabilní vnitřní obraz sebe i druhých je zodpovědný za subjektivní pocit soudržnosti Já
 - o **konsolidovaná x difuzní.**
- **Obrany:** habituální reakce, které jedinec používá, aby se vyhnul úzkosti.
 - o Jedinci spadající do normálního až neurotického spektra používají převážně vyspělé obrany jako potlačování či anticipace, nebo neurotické mechanismy jako vytěsnění, intelektualizace, reaktivní výtvar či nahrazení.
 - o **Primitivní obrany:** štěpení (splitting), idealizace/devalvace, primitivní popření, projektivní identifikace, somatizace a útěk do fantazie
 - o **Coping** vypovídá o schopnosti jedince vypořádat se flexibilním a adaptivním způsobem s potenciálně stresovými situacemi
 - o **Rigidita** vypovídá o chronické tendenci čelit potenciálně stresovým situacím automatickým a stereotypním způsobem, který je do určité míry maladaptivní
- **Testování reality:** proces, kterým se jedinec vztahuje k okolnímu světu (interpersonálnímu i neživému)
 - o Předpokládá schopnost rozlišovat mezi vnitřní a vnější realitou

- Výrazným narušením testování reality se liší pacienti s atypickými psychózami od těch, jež spadají do hraničního spektra organizace osobnosti
- Mírné nebo přechodné narušení testování reality může být charakteristické pro hraniční úroveň organizace (Jeho přítomnost rozlišuje hraniční pacienty od neurotických a normálních jedinců)
- **Kvalita objektivních vztahů:** vypovídá jak o kvalitě mezilidských vztahů jedince, tak o povaze vnitřních prožitků sebe a druhých ve vzájemné interakci
- **Agresivita:** vypovídá o míře, v níž je vnitřní život jedince a jeho vnější chování ovládán agresí a obranami vůči ní
- **Morální hodnoty:** vypovídají o míře, v jaké jedinec internalizoval stabilní žebříček hodnot a morálních zásad, jež ovlivňují jeho vnitřní prožívání a řídí jeho jednání a také schopnost cítit vinu.



BELLAKŮV PŘÍSTUP

- Metoda, z níž vzniká graf
- Můžeme zde najít to, v čem je adaptivní

F60 SPECIFICKÉ PORUCHY OSOBNOSTI

- rozsáhlý, přetrvávající a nepružný vzorec prožívání a chování, který se výrazně odlišuje od očekávání kultury, ve které jedinec žije
- začátek v dětství či adolescenci (diagnóza až od 18 let, do té doby „disharmonický vývoj osobnosti“)
- Maladaptivita ve vztahu k sobě i okolí
- Relativní stabilita v čase
- těžká narušení v charakterové konstituci a tendencích chování
- Hluboko zakořeněná a neflexibilní povaha
- nesmí být přítomno poškození mozku, nemoc apod.
- začátek v dětství či adolescenci (diagnóza až od 18 let, do té doby „disharmonický vývoj osobnosti“)
- **Příčiny:** převažují vlivy genetické nad psychosociálními
- Převážně **egosyntonní:** nemyslí si, že je něco špatně, projevy choroby jako takové je neobtěžují
- **Epidemiologie:** celoživotní prevalence se odhaduje na 10-18% populace
- **Komorbidity:** neurotické poruchy
- **Prognóza:** nejistá

DIAGNOSTIKA

- **Objektivní testy:** MMPI, PSSI, IPDE, MCMI-II (Millon), TCI-R,
- **Projektivní testy:** ROR, TAT, Hand test, slovně-asociační test
- Centrální je dg. **rozhovor, anamnéza, informace od okolí**
- Lze užít různé standardizované interview

LÉČBA

- Dynamická psychoterapie
- Kognitivně behaviorální terapie
- **Farmakoterapie**
 - u úzkostných a depresivních projevů malé dávky antidepresiv (anxiolytika opatrně)
 - u projevů agresivity – lithium
 - vážné případy - antipsychotika

DRUHY SPECIFICKÝCH PORUCH OSOBNOSTI

.0 PARANOIDNÍ

- extrémní podezřavost; očekávání nepřátelského chování; povaha málo společenská; vztahovačnost; nadměrná citlivost na nezdary, na domnělé urážky
- **Jejich témata:** *externalizace viny při těžkostech, problémy s autoritami, přeceňování malých událostí, snaha o potvrzení podezření, nižší smysl pro humor, tvorba pseudokomunity*
 - **Dif. dg.:** zajímat se o bizarnost bludu,
 - **Osobnost:** expanzivně paranoidní, fanatická, kverulantská, paranoidní, senzitivně paranoidní

.1 SCHIZOIDNÍ

- citový chlad; uzavřenost; nesdílnost; neschopnost prožívat radost; oploštělá afektivita; preference dělat něco o samotě; uzavírání se a samota; nedostatek zájmů a koníčků; chybí touha po vztazích
- **Jejich témata:** *preferenze dělat něco o samotě, uzavírání se a samota, nedostatek zájmů a koníčků, chybí touha po vztazích*
 - **Dif. dg.:** schizotypální porucha, Asperger

.2 DISOCIÁLNÍ

- protispoločenské chování (opakovaná trestná činnost); neprožívají pocit viny; neschopnost empatie; agresivita, neschopnost kontinuálně pracovat; vyžadování trvalé stimulace; zneužívání návykových látek; slabá kontrola impulzů; vyhýbání se zodpovědnosti; poruchy chování v dětství
- **Jejich témata:** *pohotovost, povrchní emoce, vyžadování trvalé stimulace, přestupky, zneužívání návykových látek, grandiozita, slabá kontrola impulzů, vyhýbání se zodpovědnosti, poruchy chování v dětství*
 - **Dif. dg.:** emočně nestabilní, histrionská
 - **Osobnost:** amorální, antisociální, asociální, psychopatická, sociopatická

.3 EMOČNĚ NESTABILNÍ

- **Hraniční:** emoční nestabilita; nejasné představy o sobě, svých cílech a představách; pocity prázdnoty; intenzivní a nestálé vztahy; „černobílé vidění“; často chaotické dětství, v rodině zanedbávání či zneužívání; časté suicidální myšlenky; sebepoškozování
- **Jejich témata** (hraniční): *chaotické dětství, v rodině zanedbávání či zneužívání, impulzivita, časté sui myšlenky*
- **Dif. dg.:** poruchy nálady, poruchy s bludy, histriónská, narcistická
- **Impulzivní:** emoční nestálost; nedostatečná kontrola impulzivity; tendence jednat neočekávaně a bez zvážení následků; obtíže setrvat u činnosti, která nepřináší okamžitý zisk
 - **Dif. dg.:** narcistická, histrionská
 - **Osobnost:** agresivní, hraniční, výbušná

.4 HISTRIONSKÁ

- teatrální, přehnané vyjadřování emocí; neustálá touha po pozornosti, chvále a uznání; erotizace interpersonálních kontaktů; zaujatost vlastním zevnějškem; zaměření na vlastní potřeby a jejich okamžité uspokojení; rychlé střídání emocí; sklony k vyčítání, obviňování druhých osob a manipulování s nimi; časté střídání partnerů
- **Jejich témata:** *emocionální instabilita, marnivost, sugestibilita, exhibicionismus, sexuální provokování, otevřené spoléhání se na druhé*
 - **Dif. dg.:** závislá, hraniční
 - **Osobnost:** hysterická, psychoinfantilní

.5 ANANKASTICKÁ

- přehnaný perfekcionismus; zaujatost pravidly a detaily; emocionální stáhnutí; nepružnost myšlení a chování; hromadění věcí; nerozhodnost; minimum oddychových aktivit; obavy z neúspěchu; hyperkritický
- **Jejich témata:** *Pro stromy nevidí les, absentuje humor a spontaneita, emocionální stáhnutí, fixování na detaily, nepružnost, hromadění věcí, nerozhodnost, min. oddychových aktivit.*
 - **Dif. dg.:** OCD, vyhubavá
 - **Osobnost:** kompulzivní, obsesivní, obsedantně-kompulzivní

.6 ANXIÓZNÍ (VYHÝBAVÁ)

- obavy z negativních reakcí druhých; pocit vlastní sociální neobratnosti; strach z kritiky a odmítnutí; pocity napětí a obav; vyhýbání se lidem; pocity defektnosti; nízká tolerance stresu; nadměrné zaobírání se malými selháními
- **Jejich témata:** *pocity defektnosti, nízká tolerance stresu, hypersenzitivita, strach z odmítnutí, přehánění rizik, nadměrné zaobírání se malými selháními*
 - **Dif. dg.:** sociální fobie, schizoidní, závislá

.7 ZÁVISLÁ

- submisivní; těžko se rozhoduje; zodpovědnost nechává na ostatních; obava z odmítnutí; bezmoc a nepříjemné pocity při osamělosti; hledá ochránce; pracuje pod úroveň svých schopností
- **Jejich témata:** *potřeba pomoci, podřízení se, stále chtějí rady, pracují pod úroveň svých schopností*
 - **Dif. dg.:** anxiózní, depresivní
 - **Osobnost:** astenická, inadekvátní, pasivní, poraženecká

.8 JINÉ SPECIFICKÉ PORUCHY OSOBNOSTI

- **Narcistická:** velickášská představa vlastní důležitosti; arogantní chování; potřeba obdivu; pocit privilegovanosti; využívání lidí k vlastnímu prospěchu; hypersenzitivita na kritiku; nedostatek empatie; nadměrné zdůrazňování sebe
- **Jejich témata:** *blahosklonný postoj, důraz na viditelné přednosti, hypersenzitivita na kritiku, využívání druhých kvůli zisku, mnoho fantazií, ale málo výsledků, pohotové obviňování druhých, nedostatek empatie, nadměrné zdůrazňování sebe*
- **Pasivně agresivní:** pasivní rezistence vůči přijetí norem a pravidel; odkládání a nedokončování úkolů; stěžování si na zaujatost ostatních proti němu; kritika autorit; vymlouvání; mrzutost; hádavost

F62 PŘETRVÁVAJÍCÍ ZMĚNY OSOBNOSTI, KTERÉ NELZE PŘISOUDIT HRUBÉMU POŠKOZENÍ NEBO NEMOCI MOZKU

- Dg.: v případě, že se u jedince bez předchozí poruchy osobnosti vyvinuly povahové změny v důsledku katastrofického prožitku, nadměrného stresu nebo prodělané těžké duševní nemoci
- Přítomná alespoň 2 roky
- **Přetrvávající změny osobnosti po katastrofické zkušenosti:** v důsledku extrémní zátěže; zpravidla předchází posttraumatická stresová porucha

- **Přetrvávající změna osobnosti po psychiatrickém onemocnění:** dlouhodobá reakce na prodělané duševní onemocnění, vznik nadměrné závislosti na druhých osobách, přesvědčení o stigmatizaci, snížení životní aktivity, pokles zájmů, hypochondrické stesky, sklon k depresivním nebo dysforickým projevům, zhoršení společenského fungování

F63 NUTKAVÉ A IMPULZIVNÍ PORUCHY

- neschopnost kontrolovat puzení a impulzy vykonat činy, které jsou škodlivé pro postiženého nebo jeho okolí
- před touto činností tenze a vzrušení, po ní pocit uspokojení => následně někdy pocity viny
- tendence k opakování
- vlastní čin je egosyntonní
- **Patologické hráčství:** opakující se epizody hráčství, které narušují vztahy, finance...
 - Přesvědčení, že výhra nakonec vynahradí ztráty
 - Lži, podvody, půjčování peněz, dluhy
 - V léčebnách spolu se závislostmi - odvykací syndrom
 - 2-3% dospělé populace
 - **Léčba:** psychoterapie, rehabilitačně sociální postupy, SSRI
- **Patologické zakládání požárů (pyrománie):** opakované zakládání požárů bez motivu zisku nebo odplaty
 - Často aktivní pomoc při hašení
- **Patologické kradení (kleptománie):** dvě a více krádeží bez zjevného motivu, které nevedly k zisku ani pro pachatele ani pro jinou osobu
 - **Léčba:** psychologická i biologická (antidepresiva)
- **Trichotillománie:** intenzivní puzení k vytrhávání vlastních vlasů, vytrhávání vlasů je následováno pocitem uvolnění a uspokojení
 - **Léčba:** SSRI, lithium, neuroleptika

13. MENTÁLNÍ RETARDACE V DĚTSKÉM A DOSPĚLÉM VĚKU

Klasifikace dle MKN-10

F70-F79 Mentální retardace

- F70 Lehká mentální retardace
- F71 Střední mentální retardace
- F72 Těžká mentální retardace
- F73 Hluboká mentální retardace
- F78 Jiná mentální retardace
- F79 Neurčená mentální retardace

Následující podrobné členění na čtvrtém místě za položkami F70–F79 k vyznačení rozsahu současných **poruch chování**.

- .0 Žádná nebo minimální porucha chování
- .1 Významná porucha chování, vyžadující pozornost anebo léčbu
- .8 Jiné poruchy chování
- .9 Bez zmínky o poruchách chování

MENTÁLNÍ RETARDACE V DĚTSKÉM A DOSPĚLÉM VĚKU

VYMEZENÍ

- **Mentální retardace (MR)** je závažné postižení rozumových schopností prenatální, perinatální nebo časně postnatální etiologie, které vede i k významnému omezení v adaptivním fungování postiženého dítěte či dospělého v jeho sociálním prostředí
- Mentální retardace pojímá případy nedostatečného vývoje rozumových schopností, který je vrozený nebo vzniká v raném věku (maximálně do stáří 2 let). Pásmo mentální retardace je dáno úrovní inteligenčního kvocientu, který je nižší než sedmdesát ($IQ < 70$)
- Jako horní hranici vzniku MR obvykle označujeme věk 2 let věku, v MKN 10 je však tato hranice stanovena až na rok 18 let, avšak v případě vzniku postižení v průběhu předškolního a školního věku je podle MKN 10 možné použít jak diagnózu mentální retardace tak diagnózu demence
- **Mentální retardace je stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je** charakterizována narušením dovedností přispívajících k povšechné úrovni inteligence, tj. poznávacích, řečových, pohybových a sociálních schopností
- **Mentální retardace se může vyskytnout bez nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami**
- **Stupeň mentální retardace se obvykle měří standardizovanými testy inteligence. Může to být ovšem nahrazeno škálami, které určují stupeň sociální adaptace v určitém prostředí. Taková měření škálami určují jen přibližně stupeň mentální retardace. Diagnóza bude též záviset na všeobecných intelektových funkcích**
- Děti s opožděným rozumovým vývojem, u kterých k zaostávání vývoje došlo z jiných příčin, než je poškození mozku (sociální zanedbanost, nepodnětné výchovné prostředí, nekorigované nebo pozdě podchycené smyslové vady), nejsou považovány za mentálně retardované. Termín pseudooligofrenie (zdánlivá mentální retardace), dříve též sociální debilita (intelligenční kvocient bývá snížen o 10–20 bodů), je v současné době nahrazen pojmem hraniční pásmo mentální retardace nebo mentální subnorma

PREVALENCE

- Postihuje asi 1–3% obyvatelstva.
- Mentálně retardovaní jedinci mohou být postiženi celou řadou duševních poruch, jejichž prevalence je u nich přinejmenším 3–4× častější než v běžné populaci.

PŘÍČINY

- Příčiny mentální retardace mohou být jak vrozené, tak získané.
- Z hlediska období vzniku lze příčiny rozdělit na období prenatální, perinatální a postnatální.
- Z hlediska povahy působícího inzultu lze příčiny rozdělit na:
 - o infekce (infekce CNS, rubeola, toxoplazmóza, u adolescentů následky klíšťové meningoencefalitidy, těžké septické stavy)
 - o poruchy metabolismu (dědičné poruchy metabolismu, stádavé nemoci)

- hormonální dysbalance (kongenitální hypotyreóza, hypoglykemie při špatně kompenzovaném diabetu, hyperbilirubinemie v novorozeneckém věku)
- nutriční faktory (malnutrice jakékoliv původu)
- morfologicko-anatomické abnormality (skafocefalie, plagiocefalie, hydrocefalus, Dandy-Walkerova anomálie, holoprosencefalie, cysty)
- toxické a toxometabolické změny (děti matek alkoholiček, drogově závislých, dekompenzovaná epilepsie, jakákoliv těžká intoxikace)
- traumata (intrakraniální krvácení, závažné úrazy hlavy obecně)
- hypoxie (intrauterinní asfyxie, časný asfyktický syndrom, jakákoliv hypoxie u dítěte v průběhu laryngitidy nebo epiglotitidy)
- genetickými příčinami (syndrom fragilního X, syndrom Cri-du-chat, Downův syndrom)
- I přes veškerou snahu pediatrů, neurologů, psychologů a klinických genetiků zůstává nevysvětlených (idiopatických) až 50–75 % případů dětí s mentální retardací.

KLINICKÉ PROJEVY

SMYSLOVÁ PERCEPCE

- | | |
|---|---------------------------------------|
| ○ Zpomalenost a snížený rozsah zrakové percepce | ○ Snížená citlivost hmatových vjemů |
| ○ Nediferencovanost počitků a vjemů | ○ Koordinace pohybu |
| ○ Inaktivní vnímání | ○ Zkreslení a diferenciací fonémů |
| ○ Nedostatečné prostorové vnímání | ○ Nedokonalá percepce času a prostoru |

MYŠLENÍ

- Sugestibilita, nekritičnost
- Stereotypie (autostimulační automatismy), rigidita, konkrétnost
- Neschopnost vyšší abstrakce a generalizace
- Nedůslednost (neschopnost dotahovat věci do konce, nedomýšlení do důsledku)
- Oslabení sluchové a proprioceptivní zpětné aferentace

PAMĚŤ

- Nekvalitní třídění paměťových stop
- Zvýšení mechanické selekce
- Zvýšení eidetismus (zvýšené představy – představení si předmětu se zavřenýma očima)
- Pomalé osvojení
- Rychlé zapomínání
- Nepřesná reprodukce
- Mechanické učení – učí se kvůli potvrzení citového vztahu

ŘEČ

- | | |
|--------------------------|-------------------------------|
| ○ Méně přesná výslovnost | ○ Perseverace, echolálie |
| ○ Potíže v pochopení | ○ Častá neverbální komunikace |
| ○ Jednoduchost | |

POZORNOST

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| ○ Snížená záměrná pozornost | ○ S kvantitou výkonů rostou chyby |
| ○ Snadná unavitelnost | ○ Kratší doba záměrné pozornosti |
| ○ Snížení distribuce pozornosti | ○ Potřeba relaxovat |

EMOCIONÁLNÍ PROCESY

- | | |
|---|--------------------------|
| ○ Horší autoregulace | ○ Egocentrické emoce |
| ○ Nediferencovanost pocitů, minimální rozsah prožitků | ○ Snadno podléhá afektům |
| ○ Inadekvátní city | ○ Dysforie |
| | ○ Emoční labilita |

VOLNÍ PROCESY

- Impulzivnost
- Úzkostnost a pasivita
- Dysbulie, abulie
- Specifické aspirace
- Role mentálně retardovaného
- Chování vyhraněné ve směru hyper nebo hypo

DEFINOVANÉ ÚROVNĚ MENTÁLNÍ RETARDACE

LEHKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE

- IQ se pohybuje mezi **50 až 69** (což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 9 až 12 let).
- Jedinci jsou vychovatelní a vzdělatelní (nejsou schopni uvažovat abstraktně, jen konkrétně)
- Možnost dosáhnout značné samostatnosti a nezávislosti v sebepéči (jídlo, mytí, oblékání...) i pracovních a domácích dovednostech.
- V předškolním věku jsou děti k nerozeznání od dětí bez poruchy intelektu, bývá však opožděno porozumění řeči, případně problémy se čtením a psaním.
- Schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě, udržovat konverzaci a podrobit se klinickému rozhovoru.
- Stav vede u dětí k obtížím při školní výuce, tyto děti potřebují speciálně-pedagogickou podporu.
- Mnoho dospělých je schopno vykonávat samostatně jednoduchou práci (zpravidla málo kvalifikovanou) a úspěšně udržovat sociální vztahy a přispívají k životu společnosti.
- Pro zvýšenou sugestibilitu a sníženou kritičnost je vhodný určitý dohled (riziko zneužití člověka).
- Obecně jsou behaviorální, emocionální a sociální potíže lehce mentálně retardovaných bližší problémům jedinců s normální inteligencí.

STŘEDNÍ MENTÁLNÍ RETARDACE

- IQ dosahuje hodnot **35 až 49** (což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 6 až 9 let).
- V daném rozmezí se setkáváme s velkými rozdíly v osvojitelných dovednostech, jedinci jsou schopni zvládnout běžné návyky a jednoduché dovednosti (spíše praktické).
- Jsou vychovatelní, ale zvládají jen bazální slovní zásobu, jen základy čtení, psaní a počítání (de facto nevzdělatelní).
- Bývají neobratní, nestálí, málo vytrvalí, hůře zvládají impulzivní změny nálady.
- Často se objevují přidružené neurologické potíže.
- Zřetelné vývojové opoždění v dětství, avšak mnozí se dokáží vyvinout k určité hranici nezávislosti a soběstačnosti, dosáhnou přiměřené komunikace a školních dovedností.
- Dospělí potřebují různý stupeň podpory k práci a k činnosti ve společnosti
- Někteří jsou schopni pracovat pod dohledem, zpravidla vykonávat jednoduchou manuální práci (chráněné dílny).
- Ekonomická a sociální podpora je u lidí s tímto postižením nezbytná.

TĚŽKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE

- IQ se pohybuje v pásmu **20 až 34** (u dospělých odpovídá mentálnímu věku 3 až 6 let).
- Jedinci s tímto postižením jsou nevzdělatelní a jen minimálně vychovatelní.
- Schopni naučit se jednoduchým úkonům a základním hygienickým návykům.
- Úroveň verbální komunikace je minimální.
- Často jsou tyto lidé postiženi také poruchami motoriky a jinými tělesnými defekty.
- Eretická forma je spojena s disruptivním (rušivým) chováním, neklidem a zvýšenou agresivitou. Současně se projevuje citová labilita, impulzivita a hyperaktivita. Většinou je tyto projevy možné korigovat farmaky.
- Torpidní forma je charakteristická nečinností, tupostí, pomalým tempem a nezájmem.
- Stav vyžaduje trvalý dohled a speciální péči, nicméně tyto jedinci mohou žít ve svých rodinách.

HLUBOKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE

- IQ dosahuje nejvýše **20** (což odpovídá u dospělých mentálnímu věku pod 3 roky).

- Schopnost komunikace je rudimentární, sociální interakce je zpravidla velmi jednoduchá a neverbální.
- Jedinci s těžkou mentální retardací bývají inkontinentní, vyžadují stálou péči
- Jedinci mají schopnost porozumět instrukcím.
- Často jsou přidruženy defekty smyslových orgánů a hybnosti.
- Stav způsobuje nesamostatnost a potřebu pomoci při pohybování, komunikaci a hygienické péči, tedy stálý dohled.
- Vesměs je nutný pobyt v sociálních zařízeních se zdravotnickou péčí.

MENTÁLNÍ RETARDACE U VYBRANÝCH ONEMOCNĚNÍ

DOWNŮV SYNDROM

- Syndrom způsobený chromozomální aberací – trizomií 21. chromozomu.
- Charakteristické znaky – mentální retardace, svalová hypotonie, vývojové vady orgánů (především srdce), deformita nohou a rukou, skeletální anomálie (např. malý vzrůst), deformace obličeje (mongoloidní postavení očních štěrbin, nízko posazené uši, zvětšený jazyk, vzdálené vnitřní oční koutky, malá ústa se silnými rty, krátký nos s širokým kořenem, malá okrouhlá mozkovna s plochým temenem, krátký široký krk), neplodnost u mužů, snížená plodnost u žen, průměrná doba dožití kolem 40 let.
- Díky moderním metodám prenatální diagnostiky lze syndrom diagnostikovat již v těhotenství.
- Jedná se o nejčastější příčinu mentální retardace.

SYNDROM CRI-DU-CHAT (SYNDROM KOČIČÍHO KŘIKU/KOČIČÍHO MŇOUKÁNÍ)

- Syndrom způsobený strukturní chromozomální aberací.
- Charakteristické znaky – specifický dětský pláč podobný mňoukání kočky (způsobené nedostatečným vyvinutím hrtanu v časném věku), mentální retardace, nízká porodní hmotnost, neprosívání v novorozeneckém věku, mikrocefalie, deformace obličeje (měsícovitý obličej, malá spodní čelist, malformace ušních boltců), vrozené vady vnitřních orgánů (především srdce), normální délka života.
- Prenatální diagnostika se provádí u těhotných žen s identifikovaným rizikem.

FENYLKETONURIE

- Jedná se o poruchu metabolismu aminokyseliny fanylaninu.
- Charakteristické znaky – mentální retardace, mikrocefalie, slabá pigmentace, sklon k ekzémům, záchvaty křečí (epileptické záchvaty), pyramidové i extrapyramidové příznaky, neklid nebo naopak apatie, moč zapáchající po myšíně.
- Syndrom lze diagnostikovat již v těhotenství pomocí prenatální diagnostiky. Poškození mozku dítěte se předchází provedením časného novorozeneckého screeningu a nasazením diety s nízkým obsahem fanylaninu a přidavkem tyrosinu.

DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRŇA

- Porucha mozku, která vede k závažnému poškození hybnosti. U většiny dětí se nejedná pouze o poruchu hybnosti, přidružují se i další potíže.
- Etiologie je heterogenní, nejčastější příčinou jsou vrozené vývojové vady mozku nebo jeho prenatální, perinatální nebo časně postnatální poškození.
- Charakteristické znaky – porucha hybnosti, postižení smyslové (zrak, sluch), mentální retardace, specifické poruchy učení, poruchy pozornosti, poruchy řeči (zejména dysartrie – zhoršená artikulace vlivem orálně motorické poruchy), epilepsie, dále organicky podmíněné behaviorální problémy (impulzivita, dráždivost, hypoaktivita, hyperaktivita, emoční labilita), narušen je rovněž i kognitivní, emoční a sociální vývoj

KRETENISMUS

- Příčinou kretenismu je neléčená hypotyreóza (snížená činnost štítné žlázy).
- Charakteristické znaky – mentální retardace, narušený tělesný vývoj, malý vzrůst, struma.
- V současnosti se díky jodizaci soli s kretenismem v ČR nesetkáváme. V těhotenství je však třeba dbát na zvýšený přísun jódu. Prevencí je vyšetření funkce štítné žlázy těhotných žen.

FETÁLNÍ ALKOHOLOVÝ SYNDROM

- Příčinou je konzumace etylalkoholu těhotnou ženou. Etylalkohol působí na plod teratogenně a nepříznivě ovlivňuje jeho vývoj.
- Charakteristické znaky – mentální retardace, poruchy chování, poruchy pozornosti, trvalé poškození centrální nervové soustavy, poruchy růstu, neprospívání, hypotrofie (nízká porodní váha), mikrocefalie, deformace obličeje (krátký nos s nízkou klenbou, malý obvod hlavy, tenký horní ret, vysoké horní patro, vyhlazené philtrum, zúžené oční štěrby, nízké posazené uši), vrozené orgánové vady (zpravidla srdce)

RETTŮV SYNDROM

- Jedná se o poruchu způsobenou mutací genu na chromozomu X. Vyskytuje se téměř výhradně u dívek.
- Charakteristické znaky – mentální retardace, regrese psychomotorického vývoje mezi 5.-30. měsícem věku, dyspraxie (neschopnost účelného užívání rukou) až apraxie, nejistá chůze, hypotonie, mikrocefalie, dechová dysfunkce, gastrointestinální potíže, růstová retardace, epileptické záchvaty, dysfunkční komunikace, ztráta řeči poruchy sociální interakce, poruchy spánku, bruxismus (skřípání zubů).
- Prenatální diagnostika možná v rodinách s výskytem syndromu. Zpravidla je však prenatální vývoj normální. Klinická diagnostika a genetické testy se provádí až po projevení symptomů poruchy.

SYNDROM FRAGILNÍHO X

- Příčinou je specifická chromozomální abnormalita.
- Charakteristické znaky – mentální retardace, typický obličej (velké uši, protáhlý obličej, prominence brady, hrubé rysy), abnormální zvětšení varlat.
- Syndrom lze diagnostikovat již v těhotenství pomocí prenatální diagnostiky.

LEUCINÓZA (NEMOC JAVOROVÉHO SIRUPU)

- Jedná se o poruchu zpracování rozvětvených aminokyselin (leucinu, izoleucinu a valinu).
- Charakteristické znaky – letargie, špatné sání, hypertonie nebo hypotonie, podrážděnost, dytonie, zápach dechu, potu, moči po javorovém sirupu, bez léčby ketoacidóza (vysoká koncentrace ketolátů v těle) a hyperamonémie (zvýšená koncentrace amoniaku v krvi) s křečemi a kómatem
- Syndrom lze diagnostikovat již v těhotenství pomocí prenatální diagnostiky. Vyšetření na leucinózu je součástí novorozeneckého screeningu.

DIFERENCIÁLNĚ DIAGNOSTICKÉ PROBLÉMY

DIAGNOSTIKA

- U mentální retardace nelze hodnotit jen samotný mentální defekt dle číselně vyjádřené hodnoty IQ, ale je nutné posoudit úroveň kognitivních funkcí, zejména pozornost, výkonnost, zatížitelnost, paměťové schopnosti, soustředivost a další složky osobnosti (schopnost sociability, afektivitu, poruchy chování, volní vlastnosti), nelze opomenout ani nadání k určité činnosti, motivaci k práci, zručnost. Při hodnocení je nutno brát i v úvahu je-li mentální defekt spojen s jiným duševním či organickým postižením, narušením osobnosti nebo závažnými poruchami chování a přizpůsobení.
- Uvedená pásma retardace jsou vytvořena umělým členěním přirozeného kontinua a nemohou být proto definována s absolutní přesností. Číselní hodnoty IQ je nutné pojímat jako orientační vodítka. Rozhodující pro učení pásma mentální retardace musí být vždy kvalita zvládání životních nároků dítěte (dospělého) v jeho přirozeném prostředí.

HLAVNÍ DIAGNOSTICKÉ ZNAKY

- **Úroveň inteligence**
 - Inteligenční kvocient (IQ) nižší než 2 standardní odchylky od průměru (IQ<70).
- **Adaptivní schopnosti**
 - Vážná omezení ve 2 nebo více oblastech adaptivních schopností potřebných v každodenním životě – komunikaci, péče o sebe, rodinný život, sociální schopnosti, volný čas, sebekontrola, vzdělání (čtení, psaní, základy matematiky) a uplatnění v komunitě a práci.

- Adaptivní schopnosti jsou hodnoceny v přirozeném prostředí daného jedince vzhledem ke všem aspektům jeho života. Osoba s omezenou intelektuální činností, která není omezena v oblastech adaptivních schopností, nemusí být diagnostikována jako osoba mentálně retardovaná.
- **Doba vzniku**
 - Stav se objevuje v raném dětství (do 2 let). Projevy mentální retardace po 2. roku věku jsou klasifikovány jako demence. (MKN uvádí vznik do 18. roku stále jako MR)
- **Trvalý stav**

DIAGNOSTIKA DĚTÍ

- V diagnostice dětí s MR je důležité zachytit individuální neuropsychologický profil, který by měl být východiskem pro terapii i rehabilitaci. U dětí se střední a těžkou mentální retardací je očekávána organická etiologie.
- Určení celkové úrovně výkonu (IQ) a profilu dílčích schopností je povinnou součástí vyšetření, samo o sobě však není dostačující.
- **Vždy je nutné:**
 - 1. Popsat současný behaviorální a funkční stav dítěte s využitím běžných vývojových zkoušek či inteligenčních testů a testů speciálních schopností.
 - 2. Vypracovat návrh plánu rehabilitace, určit priority a optimální postupy při provádění individuálních stimulačních plánů, vyjádřit se k prognóze.
- Vhodnou diagnostickou metodu a úroveň obtížnosti volíme na základě orientačně určené vývojové úrovně dítěte, kterou určíme pomocí anamnézy, pozorování dítěte při volné hře a interakci s rodičem, případně pomocí úvodních úloh ve zvolené vývojové škále.
- Podrobný popis současného behaviorálního i emočního stavu může poskytnout vodítka k upřesnění možných etiologických faktorů postižení (např. konceptuální dovednosti jako vytváření pojmů, abstraktní myšlení, porozumění vztahům bývá nejvíce narušeno v případě difuzních mozkových postižení)
- Je nutné podrobně popsat i percepční schopnosti dítěte (přijímání podnětů a jejich zpracování smyslovými modalitami), expresivní dovednosti (kvalita a rychlost pohybů, koordinace, úroveň mluvené řeči a komunikace), schopnost porozumět řeči, sociálním a praktickým situacím, úroveň mentálního zpracování (řešení problémů, paměťové schopnosti) i exekutivní funkce (pozornost, impulzivita, flexibilita myšlení).
- Vyšetření by mělo postihnout i dynamické aspekty dítěte s MR – jakým způsobem se dítě učí, kterých smyslových modalit při učení nejlépe využívá, co ho motivuje, způsob navazování sociálních vztahů, preferovaný styl zvládání náročných situací, charakteristiky sebepojetí.
- Nezbytnou součástí vyšetření je i diagnostika rodinná, popis rodinného funkčního stylu s jeho silnými i slabými stránkami i výčet potřeb všech členů rodiny. Navrhovaná pomoc a vedení stimulačních programů by mělo odpovídat možnostem rodiny.
- **Testy zkušebního okruhu**
 - Vývojové škály – Brazeltonova škála chování novorozence, Škála N. Bayleyové, Mnichovská vývojová diagnostika
 - Testy inteligence – Stanford-Binetova zkouška, Škála McCarthyové, Wechslerův inteligenční test pro děti předškolního věku, Wechslerův inteligenční test pro děti školního věku, Kohsovy kostky, Ravenovy progresivní matice, Test intelektového potenciálu, Test struktury inteligence, Woodcock-Johnsonův test kognitivních schopností
 - Test sociální zralosti – Vineladská škála sociální zralosti
 - A další testy speciálních schopností

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA DĚTÍ

- Spolehlivé stanovení diagnózy MR je obtížné u dětí s kombinovaným postižením (těžká porucha zraku, porucha hybnosti).
- Nerozpoznané senzorické defekty, efekty řeči a chronické mozkové syndromy mohou simulovat mentální retardaci.
- K podcenění mentální kapacity může dojít u dětí s pervazivními vývojovými poruchami, které selhávají z důvodu nezájmu a obtíží ve spolupráci.

- Je nutné odlišit děti, u nichž dochází k opoždování psychického vývoje z důvodu těžké deprivace (emoční, podnětové, kulturní).
- Sníženou úroveň mentální kapacity mohou vykazovat i děti zneužívané, zanedbávané i týrané (syndrom CAN), nejde však o pravou mentální retardaci a při úpravě podmínek se stav upraví.
- Při posuzování je třeba brát v úvahu i sociálně-kulturní kontext. Děti pocházející ze sociálně znevýhodněných skupin (např. Romové) mohou vykazovat horší úroveň mentálních schopností v důsledku odlišných sociálních podmínek.
- Z hlediska diferenciální diagnostiky mentální retardace je třeba mít na paměti, že děti s emočními poruchami mohou sekundárně vykazovat nižší mentální úroveň a to z důvodu aktuálních emočních problémů.

DIAGNOSTIKA DOSPĚLÝCH

- Stanovení diagnózy MR vychází z psychologického vyšetření kognitivních funkcí (intelektových, mnestických, řečových, exekutivních), posouzení adaptivního chování, klinického pozorování míry zvládání běžných sociálně-kulturních nároků. V rámci vyšetření by měl být realizován i podrobnější neuropsychologický rozbor. Samozřejmostí je podrobná anamnéza zaměřená na biologické a psychosociální faktory a informace o dosavadním vývojovém tempu.
- **Testy zkušebního okruhu:**
 - o Testy inteligence – Kohsovy kostky, Ravenovy progresivní matice, Vídeňský maticový test, Cattellův kulturně nezávislý test, Wechlerův test inteligence pro dospělé, Analytický test inteligence, Test struktury inteligence, Analýza struktury inteligence, Test intelektového potenciálu, Woodcock-Johnsonův test kognitivních schopností
 - o Testy sociálních dovedností – Vinelandská škála sociální zralosti, Günsbergova škála
 - o A další testy speciálních schopností

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA DOSPĚLÝCH

- Od diagnózy mentální retardace je třeba odlišit demenci, která se diagnostikuje až po 2. roce života. Od mentální retardace se demence odlišuje postupným zhoršováním.
- Nerozpoznané senzorické defekty, efekty řeči a chronické mozkové syndromy mohou simulovat mentální retardaci.
- Mentální retardaci mohou simulovat stavy související s afektivními poruchami, typicky depresivní epizody.

PROSTÁ INTELEKTOVÁ SUBNORMA

- **Prostá intelektová subnorma** je porucha intelektu, která nedosahuje stupně mentální retardace (IQ pod jednou směrodatnou odchylkou). Jedná se o přechod mezi normou a mentální retardací.
- Jedinci jsou vzdělatelní v normálních školách, mají ale zpravidla špatný prospěch. V běžném životě se porucha projevuje selháváním při plnění náročnějších samostatných úkolů.
- Děti v pásnu intelektové subnormy často selhávají ve škole kvůli limitaci v oblasti rozumových schopností, a přitom nesplňují kritéria pro mentální retardaci. K běžným projevům intelektuální subnormy u dětí ve škole patří – podprůměrné výsledky ve výuce i přes vyvíjené úsilí, špatná výbavnost představ, oslabené abstraktní myšlení, deficit centrální koherence, špatná představivost (plošná, prostorová), často negativní vztah ke škole a k učení, těžkosti v učení, sklon k mechanickému učení a memorování, pomalé chápání, snížená sebedůvěra, rychlejší unavitelnost, sklon k přetížení, intelektuální pasivity. Tyto děti mohou profitovat ze speciálně pedagogické podpory.

SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

- **Osobní asistence**
 - o Osobní asistent doprovází člověka k lékaři, na úřad, do divadla.
 - o Osobní asistent může strávit určený čas s klientem i v jeho domácnosti.
 - o Někdy osobní asistent dělají s klienty nácvik samostatnosti v domácnosti.
- **Sociální rehabilitace**
 - o Pracovníci služby s lidmi s mentálním postižením nacvičují různé dovednosti – samostatné cestování, oblékání, přípravu stravy, hospodaření s penězi.
- **Podporované zaměstnání**

- Patří pod službu sociální rehabilitace. Pracovníci pomáhají lidem najít práci na běžném trhu práce a zároveň jim pomáhají s adaptací na pracovišti. Současně klientovi pomáhají v osvojení nových znalostí a dovedností potřebných pro získání a udržení práce.
- **Sociálně terapeutické dílny**
 - Souží pro lidi s mentálním postižením, kteří nejsou schopni pracovat na běžném ani chráněném pracovním místě.
 - V rámci této služby lidé s postižením dělají drobné práce ve svém vlastním tempu a podle svých schopností. Nejčastěji jde o keramické dílny, textilní dílny, dřevodílny
- **Chráněné bydlení**
 - Bydlení v bytě nebo domě v běžné zástavbě, které nabízí poskytovatel sociální služby lidem s mentálním postižením.
 - Lidé zde žijí s mírou podpory individuálně nastavenou podle jejich potřeb. Lidé si zde své osobní potřeby zajišťují sami s pomocí asistentů.
- **Podpora samostatného bydlení**
 - Podobná služba jako chráněné bydlení. Rozdíl je v tom, že člověk s postižením žije ve vlastním nebo v pronajatém bytě a díky tomu je více nezávislý na sociálních službách.
 - Služba podporovaného bydlení poskytuje klientovi jen potřebnou asistenci.
- **Denní stacionář**
 - Služba umožňující pravidelné setkávání lidí s postižením s jejich vrstevníky za podpory a vedení asistentů během dne.
 - Pracovníci pro klienty vytváří pestrnou nabídku činností změřených na jejich osobní rozvoj.
- **Týdenní stacionář**
 - Jedná se o pobytovou službu, která nabízí klientům pobyt v pracovním týdnu, víkendy a svátky člověk tráví u rodiny.
 - Činnosti obvyklé v denním stacionáři jsou zde doplněny o rozvoj péče o domácnost (úklid, obsluha domácích přístrojů, praní, žehlení), nakupování, přípravu jednoduchých pokrmů, ale také o plánování a návštěvy kulturních akcí, trávení volného času.
- **Domov pro osoby se zdravotním postižením**
 - Pobytová celoroční služba, která poskytuje kompletní zabezpečení svým uživatelům, a to včetně ubytování, stravy, pomoci při osobní hygieně, praní prádla apod.
- **Raná péče**
 - Raná péče je odborná terénní i ambulantní služba pro rodiny dětí do 7 let, jejichž vývoj je ohrožený v důsledku nepříznivého zdravotního stavu, nebo dětí se zdravotním postižením.
 - Služba se zaměřuje na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.
 - K základním činnostem služby rané péče patří výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, dále sociálně-terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů.
 - Na ranou péči navazuje svojí činností Speciálně pedagogická centra (SPC).
- **Odlehčovací služby**
 - Terénní služba určená pro lidi, kteří pečují o dítě nebo dospělého s mentálním postižením.
 - Jde o poskytnutí přímé praktické pomoci pečujícím v jejich domácnosti. Cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.

PSYCHOTERAPIE MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH DĚTÍ

- Ještě nedávno se předpokládalo, že MR je kontraindikací pro psychoterapii (PT) (pro snížený intelekt neschopnost náhledu, pro obtíže v chování není možné je zapojit do léčebného společenství).
- Děti s MR mohou těžit z psychoterapie, pokud je zvolena správná metoda, v omezené míře jsou děti schopné se učit a vyvíjet (s výjimkou těžkých forem MR).
- Cílená stimulace vývoje má být zahájena hned po stanovení diagnózy (někdy již v novorozeneckém věku), pro vývoj dětí s vývojovou poruchou platí, že včasná rehabilitace a terapie má významný vliv na kvalitu pozdějšího života.
- Děti s MR si své problémy uvědomují, a proto často platí adaptačními problémy a neurotickými poruchami.
- V úvahu připadá především individuální PT a rodinná PT.

- V dobře vedené skupinové PT mohou být zařazeny i děti s MR, ukazuje se, že vhodné zapojení dětí s MR do skupiny zdravých vrstevníků může zlepšit jejich sebevědomí a fungování ve společnosti.
- Hodí se kognitivně-behaviorální PT – techniky nácvikového typu, behaviorální modifikace chování pro osvojení sociálního chování a odnaučení nežádoucích projevů (operantní zpevňování, postupná aproximace, učení podle modelu), nácvik řešení problémů a zvládání stresu.
- Užitečné jsou postupy kognitivní rehabilitace.
- **Herní PT zaměřená na klienta** – důraz na terapeutický vztah, redukce emočních bloků, podpora adaptivního chování, zvládání emocí, snížení úzkosti, zpracování traumatických zážitků, zlepšení sebepojetí.
- **Skupinová PT** – děti se učí sociálním dovednostem, napodobují vyspělejší chování, navzájem se povzbuzují, získávají lepší sebevědomí, skupinová práce zaměřená na ovládání vzteku, metody zaměřené na prožitky, techniky arteterapeutické, muzikoterapeutické, dramatické, i techniky terapie se zvířaty (canisterapie, hipoterapie).
- **Rodinná PT** – péče o dítě s MR je náročná a přináší s sebou stres, zatížen je celý rodinný systém, jednotliví členové se s tím musí vyrovnat.
 - Dítě s MR je chápáno jako rovnoprávný člen rodinného systému, účastní se rodinných terapií.
 - Práce s rodinou na chápání významu MR (změna rigidního chápání MR, nácvik jasné komunikace).
 - Práce s mentálně postiženým členem (aktivní subjekt rodiny).
 - Práce se systémem rodič-dítě (odpovědnost obou rodičů za dítě, budování vazby).
 - Práce s manželským systémem (upevňování partnerského vztahu).
 - Práce na zvládání každodenních problémů (konkrétní kroky, hledání systémů pomoci, objasnění dlouhodobých plánů).
- Interakční terapie – rodiče se účastní společné hry s dítětem, terapeut pozoruje interakce při běžných denních aktivitách, ukazuje rodičům úspěšné postupy a kompetence dítěte s MR, možnost videozáznamu, výcvikové programy pro rodiče – informace o možnostech a omezení dítěte, pravdivé, taktní, realisticky nadějně.
- Vhodné jsou rodičovské výcvikové skupiny, rodičovské svépomocné skupiny.

ROZŠÍŘUJÍCÍ INFORMACE

Psychopedie je speciálně pedagogická disciplína, která se zabývá edukací, reedukací, poradenstvím, diagnostikou, rehabilitací, kompenzací, integrací a socializací lidí s mentální retardací a dalšími duševními poruchami (pervazivní vývojové poruchy, schizofrenie, afektivní poruchy).

Speciálně pedagogická centr (SPC) zabezpečují pro děti s mentálním postižením speciálně pedagogickou, psychologickou a další potřebnou péči, poskytují jim odbornou pomoc v procesu pedagogické a sociální integrace ve spolupráci s rodinou, školami, školskými poradenskými zařízeními a odborníky. Pracují s žáky zpravidla ve věku od 3 do 19 let.

V současné odborné literatuře se vedle pojmu mentální retardace paralelně užívá pojem **mentální postižení** (*intellectual disability*), které v evropských zemích prosazuje Allen Carr.

14. PORUCHY PSYCHICKÉHO VÝVOJE

Klasifikace dle MKN-10

F80-F89 – Poruchy psychického vývoje

F80 Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka

- F80.0 Specifická porucha artikulace řeči
- F80.1 Expresivní porucha řeči
- F80.2 Receptivní porucha řeči
- F80.3 Získaná afázie s epilepsií (Landauův–Kleffnerův syndrom)
- F80.8 Jiné vývojové poruchy řeči nebo jazyka
- F80.9 Vývojová porucha řeči nebo jazyka NS

F81 Specifické vývojové poruchy školních dovedností

- F81.0 Specifická porucha čtení
- F81.1 Specifická porucha psaní a výslovnosti
- F81.2 Specifická porucha počítání
- F81.3 Smíšená porucha školních dovedností
- F81.8 Jiná vývojová porucha školních dovedností
- F81.9 Vývojová porucha školních dovedností NS

F82 Specifická vývojová porucha motorických funkcí

F83 Smíšené specifické vývojové poruchy

F84 Pervazivní vývojové poruchy

- F84.0 Dětský autismus
- F84.1 Atypický autismus
- F84.2 Rettův syndrom
- F84.3 Jiná dětská dezintegrační porucha
- F84.4 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby
- F84.5 Aspergerův syndrom
- F84.8 Jiné pervazivní vývojové poruchy
- F84.9 Pervazivní vývojová porucha NS

F88 Jiné poruchy psychického vývoje

F89 Neurčená porucha psychického vývoje

PORUCHY PSYCHICKÉHO VÝVOJE

VYMEZENÍ

- **Poruchy psychického vývoje** mají tyto společné vlastnosti:
 - 1) Nástup je vždy v kojeneckém věku nebo v dětství.
 - 2) Postižení nebo opoždění ve vývoji funkcí, které mají silný vztah k biologickému zrání centrální nervové soustavy.
 - 3) Stálý průběh bez remisí a relapsů
- Ve většině případů je postižena řeč, prostorová orientace a motorická koordinace. Opoždění nebo poškození je obvykle přítomno již velmi časně, může být spolehlivě zjištěno a postupně se mírní s přibývajícím věkem dítěte, i když drobnější defekty často přetrvávají až do dospělého věku
- Oblast poruch psychického vývoje můžeme vyčlenit základní skupinu specifických vývojových poruch (F80-F83), která se týká určitých vymezených funkcí a dovedností nebo jejich kombinací, druhou skupinu představují pervazivní vývojové poruchy (F84), které se neomezují na určité funkce a dovednosti, jsou všepřonikající a zpravidla velmi ovlivňují život dítěte i jeho okolí
- Poruchy psychického vývoje je nutné včas rozpoznat, správně diagnostikovat a adekvátně řešit ve spolupráci psychologů, pedagogů, speciálních pedagogů, psychiatrů, logopedů, vychovatelů a rodičů
- V rámci diagnostiky i péče o dítě s poruchou psychického vývoje hrají důležitou roli centra rané péče, pedagogicko-psychologické poradny (PPP) a speciálněpedagogická centra (SPC)

ETIOLOGIE

- Poruchy psychického vývoje patří mezi neurovývojové vady (poruchy), které jsou obecně definovány jako důsledky atypického vývoje nezralého mozku.
- Abnormní vývoj centrálního nervového systému rezultuje do poruch vývoje složitých a široce koncipovaných neuro nálních sítí, které jsou navíc díky abnormní neurotransmisí a neuromodulaci

využívány funkčně neoptimálně a výsledkem toho jsou kognitivně-behaviorální dysfunkce nebo nejruznější fokální či komplexní neuropsychologické deficity.

- Poruchy psychického vývoje mají obdobnou komplexní etiopatogenezi s výrazným genetickým podílem, i když přesné způsoby dědičnosti obvykle nejsou ještě známy.
- U většiny poruch převažují postižení chlapci, poruchy jsou celoživotní a jejich detailnější klinické charakteristiky se s vývojem člověka mění.
- Zmíněná rozmanitá postižení mozkových funkcí se ozřejmují v dětství a jsou proto v dětství diagnostikována, většina jich však přetrvává do dospělosti, i když často v pozměněné nebo minimalizované klinické formě.
- Postnatální vývoj nervového systému (proces myelinizace, vývoj neurotransmise a neuromodulace, růst neuronů a extrémní proliferace glie) je do velké míry pod kontrolou genů, ale na druhé straně nesmíme opominout ani modulující vliv jedinečných podnětů zevního prostředí včetně vzdělání a učení a výraznou plasticitu nervového systému po celé dětství i mládí.

F80 SPECIFICKÉ VÝVOJOVÉ PORUCHY ŘEČI A JAZYKA

VYMEZENÍ

- Jsou to poruchy, kde normální způsob osvojení jazyka je narušen od časných vývojových stadií. Tyto stavy nelze přímo přičítat neurologickým abnormalitám nebo poruchám řečového mechanismu, smyslovému poškození, mentální retardaci nebo faktorům prostředí
- Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka jsou často následovány přidruženými problémy, jako jsou obtíže ve čtení a psaní, obtíže v meziosobních vztazích a poruchy emocí a chování
- Poruchy narušují běžný způsob užívání mateřského jazyka
- Kromě samostatných syndromů bývají poruchy řeči součástí jiných psychických nebo neurologických poruch (např. DMO, získané afázie u dětí s epilepsií, poruchy řeči u pervazivních poruch)
- Pojmy:
 - o **Vývojová dyslálie** (patlavost) - dítě chybí v jedné nebo více hláskách (r,ř,l, sykavky) a tyto problémy přetrvávají po 4-5 roce.
 - o **Vývojová dysfázie** – porucha osvojování mluvené řeči. Většinou nejde o úplné chybění řeči, ale vývoj je závažně opožděn a odchyluje se od normy. V časných vývojových obdobích (do 2-3 let) je diagnostika vývojové dysfázie obtížná, neboť individuální variabilita vývoje řeči je široká (může jít o prosté opoždění řeči).
 - o **Vývojová dysartrie** – vývojová porucha artikulace řeči podmíněná poruchou orální motoriky, v klinickém obraze dominují těžké problémy s artikulací, za normálního porozumění řeči a často i dobré slovní zásobě. V nejtěžších případech však může být vývoj expresivní řeči i slovní zásoby vážně omezen.
 - o **Afázie** – je získaná porucha produkce nebo porozumění řeči, řeči, která vzniká na základě poškození mozku. U této získané vady rozlišujeme více typů dle plynulosti řeči (fluentní – Wernickeova, nonfluentní – Brocova, popř. globální). Rozsah postižení závisí na zasažených oblastech v mozku.

PREVALENCE

- Vývojové poruchy řeči jsou uváděny asi u 2 % dětí, v předškolním věku, jsou-li započítány i lehčí vady výslovnosti dosahuje prevalence až 19 %.
- Vývojové vady řeči jsou častější u chlapců (asi 3:1).

Definované poruchy

SPECIFICKÁ PORUCHA ARTIKULACE ŘEČI (VÝVOJOVÁ DYSLÁLIE)

- o Projevuje se užíváním zvuků, které nahrazují srozumitelná slova, jsou pod artikulačními schopnostmi daného věku dítěte a rozumějí jim zpravidla jen členové rodiny
- o Dítě vyslovuje špatně jednu nebo více hlásek, řečová dovednost je však na normální úrovni
- o Artikulační chyby jsou součástí normálního vývoje v časných obdobích vývoje řeči, do 4-5 let je patlavost fyziologickým projevem, který se upraví. Při delším přetrvávání je na místě logopedické vedení

EXPRESIVNÍ PORUCHA ŘEČI (VÝVOJOVÁ AFÁZIE NEBO DYSFÁZIE – EXPRESIVNÍ TYP)

- Narušuje používání řeči v podobě opoždění užívání řeči, omezené slovní zásoby, stručnosti slovního projevu, nesprávné skladby vět apod., které opět neodpovídá mentálnímu věku dítěte
- Jazykové chápání je normální, ale mohou být, ale nemusejí, poruchy artikulace.
- Vývoj řeči v preverbálním období (broukání, žvatlání) obvykle bez nápadností a porozumění řeči se rovněž vyvíjí dobře. Dítě má zájem o komunikaci a dorozumívá se gesty, v neverbální komunikaci je zpravidla velmi obratné.
- První slůvka v průběhu 2. roku, ale rozsah slovní zásoby se rozšiřuje až ve 3. event. 4. roce.
- V průběhu 2. roku řeč zpravidla chybí a je obtížné poruchu odlišit od prostého opoždění vývoje řeči. V případě opožděného vývoje se začíná ve 3. roce slovní zásoba rozrůstat a řeč se rychle normalizuje.
- Tento řečový spurt dochází i u dětí s vývojovou dysfázií, ale zpravidla až kolem 4. roku. Zprvu pak rychle narůstá slovní zásoba, dobrá je i informovanost a schopnost usuzovat, nicméně přetrvávají problémy s artikulací, gramatikou a dítě má potíže s plynulostí vyjádření.
- Výskyt poruch učení (dysgrafie, dysortografie) ve školním věku je významně zvýšený, vždy však záleží na specifickém neuropsychologickém profilu dysfunkce.

RECEPTIVNÍ PORUCHA ŘEČI (VÝVOJOVÁ AFÁZIE NEBO DYSFÁZIE – RECEPTIVNÍ TYP)

- Představuje snížené chápání řeči pod úroveň věku dítěte v podobě jednoduchých instrukcí, pokynů nebo později gramatické skladby, tónu hlasu apod
- Téměř ve všech případech je narušena i expresivní řeč a jsou časté též poruchy tvorby slova a zvuku
- První známkou poruchy je nedostatečný rozvoj aktivní řeči, poruchy porozumění nemusí být nápadné ještě během 2. a 3. roku věku, protože děti se dobře orientují neverbálně. V těžkých případech se nereaktivita na řeč stává velmi nápadnou.
- Kromě obtíží v porozumění jsou typické poruchy pozornosti k verbálním podnětům.
- Jsou přítomny i kognitivní poruchy, které jsou důsledkem chybějícího nebo nedostatečného porozumění, často je zpomalen vývoj symbolického a abstraktního myšlení.
- Výskyt poruch učení (dysgrafie, dysortografie) ve školním věku je významně zvýšený, vždy však záleží na specifickém neuropsychologickém profilu dysfunkce. Poruchy učení jsou častější než u dětí s expresivní dysfázií.

ZÍSKANÁ AFÁZIE S EPILEPSIÍ (LANDAUŮV–KLEFFNERŮV SYNDROM)

- Je typická tím, že po období přiměřeného vývoje je narušena exprese i percepce řeči, ve většině případů navíc v kombinaci s epileptickými záchvaty
- Nástup poruchy je spojen s epizodickými abnormalitami EEG a ve většině případů také s epileptickými záchvaty
- Porucha se většinou objevuje mezi třemi a sedmi lety, se ztrátou dovedností během dní až týdnů
- Etiologie předpokládá možnost zánětlivého procesu mozku
- Asi dvě třetiny dětí zůstávají s více nebo méně těžkou receptivní poruchou řeči
- K úplné úpravě řeči dochází jen u 30 % dětí.
- Syndrom je stejně častý u dívek jako u chlapců a jeho závažnost nesouvisí s četností ani závažností epileptických záchvatů.
- Syndrom začíná většinou těžkou receptivní poruchou (až úplná slovní hluchota), postupně pak následuje zhoršení expresivní řeči.
- Inteligence dětí s touto poruchou nebývá postižena, objevují se však emoční potíže související s komunikačními problémy.
- Pokud dojde k nástupu onemocnění ještě před nástupem do školy je prognóza zvládnutí psaní a čtení velmi špatná a děti se obtížně učí i znakové řeči.

DIAGNOSTIKA

- Na diagnostice dětí s vývojovou dysfázií se podílí klinický psycholog, logoped, foniatr a dětský neurolog.

- Při prvním vyšetření by měl být proveden podrobný neuropsychologický rozbor, protože vývojová dysfázie bývá u dětí spojena i s dalšími kognitivními deficity (poruchy verbální paměti, poruchy sluchové percepce).
- Důležité je správné zhodnocení úrovně porozumění řeči.
- V případě výraznějšího opoždění schopnosti porozumění řeči je nutné vždy detailní foniatrické vyšetření. Odlišení těžké receptivní dysfázie od poruchy sluchu je klinicky obtížné. I u receptivní dysfázie jsou však časté poruchy auditivní pozornosti.
- Dále je důležité posouzení adaptivního fungování dítěte a jeho sociální kompetence. U dětí s poruchami řeči jsou časté sekundární poruchy chování nebo emoční problémy, komorbidita s jinou duševní poruchou je až u poloviny dětí s poruchou řeči.
- Nemožnost srozumitelného vyjádření potřeb a pocitů je pro dítě silným zdrojem frustrace. Dítě si také dost dobře s rodiči vykomunikovat vlastní autonomii.
- V batolecím věku je prodloužena fáze negativismu, právě pro obtíže s komunikací vlastní autonomie.
- V předškolním věku se tyto děti hůře zapojují do společenských her, ale nemusí mít v kolektivu větší problémy (v předškolním věku je akceptované neverbální vyjádření).
- Ve školním věku se ke komunikačním problémům přidávají problémy výkonové a poruchy sebehodnocení. Významně zvýšené je riziko deprese.
- K hodnocení osobnosti dítěte se používají především projektivní metody a projektivní hodnocení hry.
- **Diagnostika dětí se získanými afáziemi** se neliší od vyšetřování dětí s vývojovými poruchami řeči, právě u nich je ale pravděpodobná přítomnost dalších specifických dysfunkcí, je tedy nezbytné provést komplexní neuropsychologické vyšetření a děti dlouhodobě pravidelně sledovat.
- U těchto dětí bývají přítomny alespoň přechodné emoční a behaviorální problémy, které jsou reakcí na ztrátu schopnosti dorozumět se. Dítě i rodina potřebuje téměř vždy podpůrné psychologické vedení nebo psychoterapeutickou péči.
- **Diferenciální diagnostika:**
 - o U dětí s vývojovou dysfázií musí být vyloučena mentální retardace, poruchy sluchu, pervazivní vývojové poruchy a závažná emoční deprivace.
 - o Musí být zachyceny závažnější poruchy orální motoriky, které jsou častou příčinou nedostatečného rozvoje řeči u dětí s DMO.
 - o Získanou afázií se epilepsií je nutné odlišit od pervazivní vývojové poruchy nebo dětské schizofrenie.
- **Testy zkušebního okruhu:**
 - o Obrázkově slovníková zkouška, Test doplňování vět, Test duševního obzoru a informovanosti, Slovník ve Wechslerově inteligenčním testu, Heideberský test řečového vývoje, Zkouška mluvnických dovedností
 - o U malých dětí lze základ řečových dovedností posoudit pomocí vývojových škál: Gesellovy vývojové škály, Bayleyovy vývojové škály

TERAPIE

- Na základě komplexního zhodnocení kognitivního, emočního i sociálního fungování je navržen terapeutický plán, který zahrnuje péči logopedickou (stimulace řečového vývoje, nácvik kompenzačních pomůcek), psychologickou i psychoterapeutickou.
- Důraz je kladen na podporu všech, i alternativních, způsobů komunikace (znaková řeč, tabulky), která mají emoční a motivační význam.
- Komplexní rehabilitace se zaměřuje i na rehabilitaci dalších neuropsychologických dysfunkcí (receptivní poruchy, sluchové dysfunkce). Terapie by měla být nastavena co nejdříve od potvrzení diagnózy.
- V kojeneckém a batolecím období je důležité posilovat vědomí, že zvuky mají význam (spojovat zvuky s příjemnými podněty, posilujeme vlastní vokalizaci).
- Rehabilitace starších dětí má být rovněž zaměřena komplexně, nezbytný je sluchový trénink a podpůrné vedení rodiny.
- Práce s rodinou se zaměřuje na nalezení cest k vyvážené komunikaci a minimalizaci důsledků řečové poruchy na osobnostní a emoční vývoj.
- Systematická psychoterapie (rodinná, individuální, skupinová) je indikována u dětí se závažnějšími sekundárními psychickými poruchami.

F81 SPECIFICKÉ VÝVOJOVÉ PORUCHY ŠKOLNÍCH DOVEDNOSTÍ

VYMEZENÍ

- Mluvíme o tzv. **specifických poruchách učení (SPU)**
- Jsou to poruchy, kde normální způsob získávání dovedností je porušen od časně fáze vývoje. Postižení není prostým následkem nedostatku příležitosti k učení ani pouhým následkem mentální retardace a ani není způsobeno žádným získaným poraněním či onemocněním mozku
- Specifické poruchy učení jsou dílčí oslabení ve schopnostech a funkcích primárně potřebných k získávání výukových dovedností anebo k souhře těchto schopností a funkcí při inteligenci alespoň v mezích normy
- Oslabení se týká především některých funkcí kognitivních (zrakové, sluchové vnímání), motorických, paměťových (paměť zraková, sluchová, motorická), řečových (poruchy výslovnosti) a jejich součinnosti
- Poruchy se mohou kombinovat s jinými typy poruch (neurologickými, smyslovými), ale nejsou jejich přímým následkem
- Častá je rovněž komorbidita více poruch učení a komorbidita SPU s emočními poruchami a hyperkinetickými poruchami.
- Pojmy:
 - o **Dyslexie** – porucha čtení
 - o **Dysgrafie** – porucha psaní
 - o **Dysortografie** – porucha osvojení pravopisu
 - o **Dyskalkulie** – porucha matematických schopností
 - o **Dyspinxie** – porucha výtvarných schopností
 - o **Dysmúzie** – porucha hudebních schopností
 - o **Dyspraxie** – porucha motorických úkonů

PREVALENCE

- V dětské populaci nacházíme 5-6 % dětí se specifickými poruchami učení (Říčan & Krejčířová, 2006).
- Specifické poruchy učení jsou častější u chlapců.

Definované poruchy

SPECIFICKÁ PORUCHA ČTENÍ (DYSLEXIE)

- o Charakteristická neschopnost naučit se správně číst, v některých případech se dítě nenaučí číst vůbec. Chápání čteného, pochopení čteného slova, znalost hlasitého čtení a schopnost odpovídat na otázky vyžadující čtení, vše může být postiženo.
- o Se specifickými poruchami čtení jsou často spojeny potíže s psaním, které často zůstávají až do dospívání, i když je dosaženo určitého pokroku ve čtení
- o V anamnéze zjišťujeme, že specifické vývojové poruchy čtení jsou předcházeny poruchou vývoje řeči nebo jazyka
- o V období školní docházky jsou často přidruženy poruchy chování a emocí
- o Rozlišujeme několik **subtypů** poruchy čtení:
 - Dyslexie na podkladě percepčních deficitů (oslabení sluchové percepce X těžkosti ve zrakové percepci)
 - Dyslexie s převahou motorických obtíží
 - Dyslexie na podkladě integračních obtíží
 - Dyslexie s poruchou dynamiky základních psychických procesů (dyslexie u hyperaktivity X dyslexie u hypoaktivity)
 - Dyslexie z hlediska vztahu verbální a názorové složky intelektu (převaha verbální složky X převaha prakticko-názorové složky)
 - Dyslexie z hlediska lateralizace mozkových hemisfér (převaha levé hemisféry X převaha pravé hemisféry)

KLINICKÉ PROJEVY:

- o Snížená analyticko-syntetická schopnost (spojení psané a zvukové podoby hlásek, skládání a rozkládání slov)
- o Odchyly ve zrakovém vnímání – neschopnost diferencovat optické obrazy, obtížné rozeznávání tvarů, záměna podobných písmen

- Odchytky ve sluchovém vnímání – záměna zvukově blízkých hlásek, měkkých a tvrdých slabik, délky samohlásek
- Problémy s pořadím – nedodržení pořadí, nedostatečná schopnost pravolevé orientace, inverze
- Vynechávání písmen, slabik, částí slov
- Špatná technika čtení – dvojí čtení, nejistota, těžkopádnost, domýšlení (text zpaměti, orientuje se podle klíčových slov), abnormality v očních pohybech
- Čtení bez porozumění obsahu

SPECIFICKÁ PORUCHA PSANÍ (DYSGRAFIE A DYSORTOGRAFIE)

- Hlavní vlastností této poruchy je specifické a výrazné poškození vývoje dovednosti psát, aniž by byla přítomna nějaká specifická porucha čtení nebo nepostačující výuka. Zároveň může být narušena schopnost orální výslovnosti slov a jejich správného zápisu.
- Souvisí s nedostatečným rozlišováním podobných hlásek a slabik, záměnou písmen, gramatickými chybami.
- **Klinické projevy dysgrafie:**
 - Problémy s jemnou motorikou
 - Snížená zraková představivost (vybavování tvarů písmen)
 - Neschopnost zapamatovat si motorické vzorce tvarů písmen
 - Nedostatečné fonematické uvědomování
 - Dysgrafické písmo – nesprávné tvary a velikost písmen, nesprávný sklon písma, písmo je křečovitě se znaky třesu, zrcadlové psaní písmen a číslic, nedodržení řádků, záměna některých písmen, vynechává, nebo přidává písma, nebo jejich detaily, postupem textu se písmo zhoršuje, můžou se vyskytovat pravopisné chyby.
- **Klinické projevy dysortografie:**
 - Chybné rozlišování krátkých a dlouhých samohlásek
 - Špatné rozlišování sykavek
 - Nedodržování hranic slov v písmu
 - Vynechaná, přidaná, přesmyknutá písmena či slabiky
 - Nedostatečné rozlišování dy, ty, ny a di, ti, ni
 - Neschopnost využít gramatická pravidla (teoreticky osvojená)

SPECIFICKÁ PORUCHA POČÍTÁNÍ (DYSKALKULIE)

- Je méně častá než dyslexie a dysortografie. Projevuje se nápadným obtížemi počítání (Orel, 2016).
- Defekt je především v neschopnosti běžného počítání, sčítání, odčítání, násobení a dělení, spíše než abstraktnějších početních úkonů, jako je algebra, trigonometrie, geometrie nebo vyšší matematika (MKN-10, 2018).
- Rozlišujeme několik subtypů poruchy počítání:
 - Praktognostická
 - Verbální
 - Lexická
 - Grafická
 - Operacionální
 - ideognostická
- **Klinické projevy:**
 - Záměny tvarově podobných číslic (6-9,3-8,7-4)
 - Záměny vzniklé z poruchy pravolevé orientace (např. znaménka)
 - Záměna pořadí číslic (32-23), čitatele a jmenovatele, posun číslic při písemném
 - Sčítání, odčítání atd. Pod sebou
 - Selhávání při počítání zpaměti
 - Neschopnost přečíst nebo i napsat číselné řady či čísla
 - Nespojení čísla s odpovídajícím počtem u kombinovaných úkolů
 - Neschopnost postupovat po částech

SMÍŠENÁ PORUCHA ŠKOLNÍCH DOVEDNOSTÍ

- Zahrnuje kombinaci výše uvedených poruch

DIAGNOSTIKA

- Diagnostika specifických poruch učení se zaměřuje na stanovení úrovně schopností a dovedností, sociálních vztahů, osobnostních charakteristik i poznávacích procesů, které se podílejí na úspěch či neúspěchu dítěte ve škole.
- Diagnostika slouží jako podklad pro následnou reedukační a terapeutickou práci s dítětem.
- Diagnostika SPU probíhá v pedagogicko-psychologických poradnách. Pedagogicko-psychologické poradny jsou zároveň garantem speciální péče o dítě s SPU.
- Vyšetření a péče o dítě se specifickou poruchou učení je komplexní a interdisciplinární záležitostí (podílí se logoped, psycholog, speciální pedagog, lékař). Potřebná je spolupráce rodičů a učitelů, zejména při sběru detailní anamnézy, která má za cíl objasnit rozvoj obtíží a reakci dítěte.
- V rámci diagnostiky probíhá vyšetření intelektu, vyšetření čtení, psaní a pravopisu (podle zjištěných obtíží), dále lze vyšetřit speciální funkce (řeč, motorika, lateralita, sluchové, zrakové vnímání)
- **Diferenciální diagnostika:**
 - o Všechny speciální poruchy učení lze diagnostikovat pouze za předpokladu normální mentální úrovně dítěte.
 - o V rámci diferenciální diagnostiky je třeba odlišit specifické poruchy učení od smyslových poruch, mentální retardace, psychické deprivace, somatického onemocnění, neurotických potíží a poruch řeči.
 - o Současně je třeba odlišit obtíže vzniklé v důsledku nevhodných výchovných a výukových postupů a dvojjazyčné výchovy v rodině.
- **Testy zkušebního okruhu:**
 - o Zkouška čtení, G-test porozumění obsahu čtenému textu, Čtecí diskriminační test, V-test (dyslexie)
 - o Diagnostický diktát (dysortografie), Zkouška obkreslování, Bender Gestalt test (dysgrafie)
 - o Číselný trojúhelník, Kalkulia I, II, III, Barevná kalkulia, Didaktické testy (dyskalkulie)

TERAPIE

- Základní typy pomoci:
 - o Speciálně-pedagogická intervence (dříve reedukace) – provádí speciální pedagog nebo běžný pedagog s rozšířeným vzděláním
 - o Pedagogická intervence (doučování) – provádí běžný pedagog, někdy asistent pedagoga
 - o Psychologická pomoc (podpora sebevědomí, motivace) – v režii rodičů, učitelů, (školního) psychologa
- Dítě s diagnostikovanou poruchou učení má nárok na podpůrná opatření v rámci výuky (modifikace výukových metod, speciální pomůcky, úprava obsahu vzdělávání, úprava prostředí, modifikace hodnocení).
- Psychologická péče se orientuje především na podporu sebevědomí dítěte, motivaci dítěte k výkonu, nabízí dítěti možnost zažít úspěch. Současně se pracuje s úzkostí, vztekem, odporem a únavou dítěte.
- V rámci školy psycholog navrhuje opatření ve třídě, tedy instruuje pedagogické pracovníky, uvádí asistenta pedagoga, pracuje s třídním kolektivem (seznamuje děti s podstatou SPU a vysvětluje podpůrná opatření), konzultuje úpravy ve třídě (přesazení, relaxační zóna).
- **Běžná podpůrná opatření pro dyslexii:**
 - o Nenutit číst nahlas před celou třídou
 - o Nechat delší čas na kontrolu
 - o Upřednostnit ústní ověřování, doplňovací cvičení
 - o Multisenzorický přístup
- **Běžná podpůrná opatření pro dysgrafii a dysortografii:**
 - o Zkrácené diktáty, nebo místo diktátu doplňovací cvičení
 - o Více času na diktát/písemku/zápis
 - o Preference ústního zkoušení
 - o Zkoušení z teorie gramatických pravidel, ne z jejich uplatňování
 - o Nehodnotíme úpravu, nedáváme dítěti přepsat neestetický text
 - o Nenecháváme dítě dopisovat texty, které nestihlo, doma
 - o V cizím jazyku tolerovat slova foneticky správně napsaná
 - o V naukových předmětech tolerovat zkrácený/okopírovaný zápis
- **Běžná podpůrná opatření pro dyskalkulii:**

- Při počítání z hlavy umožnit zrakovou oporu (pomocná tabulka, možnost zapsat si zadání a postup)
- Náznorné a korekční pomůcky (předměty, počítadla, přehledové tabulky, číselné osy, kalkulačka)
- Více času na úlohy (ne pětiminutovky)
- Tolerovat sníženou kvalitu rýsování
- **Konkrétní metody:**
 - Náprava čtení: Čtení s okénkem, Metoda dublového čtení, Metoda globálního čtení, Metoda Fernaldové
 - Náprava psaní a pravopisu: Uvolňování ruky, Metoda obtahování (Fernaldová), Metoda barevných kostek, Rozlišování tvrdých a měkkých slabik, Délka samohlásek a rytmus řeči

F82 SPECIFICKÁ VÝVOJOVÁ PORUCHA MOTORICKÝCH FUNKCÍ

VYMEZENÍ

- Porucha, jejímž hlavním rysem je vážné poškození vývoje motorické koordinace, které není vysvětlitelné celkovou mentální retardací nebo nějakým vrozeným nebo získaným neurologickým onemocněním.
- Ve většině případů ukáže pečlivé klinické vyšetření zřetelné známky vývojové nervové nezralosti a jiné současné motorické poruchy, včetně známek postižení jemné a hrubé motorické koordinace.
- Jde o poruchu motorické koordinace, vážne jak hrubá, tak jemná motorika, která neodpovídá věku.
- Děti jsou neohrabané, nemotorné, pohybově nekoordinované a selhávají v běžných pohybových aktivitách. Narušení motoriky je nápadné, narušuje oblast školní, rodinou, ale také volnočasovou činnost dítěte.
- Pojem:
 - **Vývojová dyspraxie** – vývojová porucha postihující inicializaci, plánování a vlastní provedení pohybu. Hlavním rysem je porucha vývoje pohybové koordinace, která není objasnitelná poruchou intelektu vrozenou ani získanou neurologickou poruchou.
- Příčinou dyspraxie nemusí být pouze deficity v oblasti motorické, ale také oslabená funkce ideace. Ideomotorické funkce se odráží ve schopnosti osvojovat si nové motorické dovednosti, umožňují představu a plánování pohybu.
- Dyspraxii rozdělujeme na ideativní (gnostickou, senzoryckou, percepční), motorickou (exekutivní, expresivní) a ideomotorickou.
 - Ideativní porucha je spojena se senzoryckým zpracováním informací jednoho senzoryckého systému (jedné modalit – proprioceptivní, taktilní, vestibulární, zrakové, sluchové) nebo může jít o poruchu multisenzoryckou
 - Motorická porucha je charakterizována poruchami selektivní hybnosti, poruchou posturální adaptace, porušenou relaxací, poruchami rovnováhy, silového přizpůsobení, poruchami plynulosti, rychlosti a rytmu pohybu a poruchami pohybového odhadu.
- Děti s vývojovou dyspraxií v pozdějším věku trpí horší sociální integrací, dosahují nižšího stupně vzdělání, mají nižší sebevědomí, oproti vrstevníkům nedokážou využít volný čas ve stejné kvalitě, častěji trpí poruchami spánku.

PREVALENCE

- Dyspraxií trpí podle různých zdrojů 6–10 % lidí, chlapci jsou postiženi čtyřikrát častěji než dívky

DIAGNOSTIKA

- Pohybová koordinace dítěte při jemných nebo hrubých motorických úkonech by měla být signifikantně pod úrovní očekávanou u dítěte tohoto věku a inteligence (zjišťováno testy pro jemnou a hrubou koordinaci).
- Potíže by měly být přítomny od raného vývoje a neměly by být důsledkem přímého působení jakýchkoli defektů zraku nebo sluchu, ani žádné diagnostikované nervové poruchy.
- Stupeň poruchy se mění s věkem, vývojové mezníky pohybu mohou být opožděny a mohou se vyskytovat některé přidružené poruchy řeči (artikulace)

KLINICKÉ PROJEVY

- Děti jsou neohrabané, pomalu se učí běhat, skákat, chodit do a ze schodů, házet a chytat míč, mají sklon pouštět věci, zakopávat, mají špatný rukopis a chabou schopnost kreslit.

TESTY ZKUŠEBNÍHO OKRUHU

- Zatím neexistuje žádný test, jenž by byl považován za „zlatý diagnostický standard“, nicméně existují testy, které se pro četnost jejich použití ve výzkumu i klinické praxi de facto standardy v této oblasti staly, patří mezi ně zejména Movement Assessment Battery for Children (MABC) a Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency (BOTMP)
 - V české praxi se máme k dispozici Oseretzkého škálu motorických dovedností a Orientační test dynamické praxe.
 - U malých dětí lze motorické dovednosti posoudit pomocí vývojových škál: Brazeltonova neonatální behaviorální škála, Gesellovy vývojové škály, Bayleyové vývojové škály
-

TERAPIE

- Studie různých autorů ukázaly, že děti s vývojovou dyspraxií se nezlepší spontánně. Problémy těchto dětí velmi vzdorují léčbě, alespoň v krátkém časovém horizontu.
- Pro terapii platí, že čím dříve se začne s dítětem pracovat, tím větší je naděje na zlepšení. Největší efekt je v předškolním věku. Vhodné je zařadit terapeutické aktivity do běžného života dítěte
- Pro výběr léčebného postupu je nutné identifikovat dysfunkční sensorický vstup a zjistit, zda dominuje porucha hrubé či jemné motoriky. Na základě rozboru klinického obrazu je možné vybrat potenciálně nejefektivnější typ terapie.
- V současné době v rámci České republiky zřejmě nenajdeme centrum, které by dětem s DCD poskytovalo komplexní terapii zaměřenou na všechny zmíněné aspekty choroby.
- Psycholog obvykle aplikuje kognitivně-behaviorální terapii zaměřenou na potlačení nevhodných schémat a nácvik obecně akceptovatelných forem jednání a chování.
- Řada rehabilitačních pracovišť se soustřeďuje léčbu na ergoterapii.
- Fyzioterapeutické postupy umožňující cílenou diagnostiku percepčního a pohybového deficitu a adekvátní fyzioterapii zatím nejsou standardizovány.
- Mezi terapeutické přístupy používané především v zahraničí:
 - Neurovývojová léčba a percepčně motorický trénink – terapeutická intervence spočívá ve facilitaci těchto rovnovážných a percepčně-motorických vzorů.
 - Metody zaměřené na podporu sensorické integrace s kinestetickým tréninkem – techniky ovlivňují kvalitu motorických funkcí prostřednictvím proprioceptivní, taktilní či vestibulární stimulace.
 - Metody zaměřené na podporu řízení motoriky a proces motorického učení – přístupy kladou důraz na opakování pohybu, dostatečný čas a na kvalitní vedení pacienta tak, aby nakonec došlo k zafixování a automatickému využívání získané dovednosti.

F83 SMÍŠENÉ SPECIFICKÉ VÝVOJOVÉ PORUCHY

- Nejednoznačně definovaná kategorie, kategorie pro zbývající poruchy, u nichž se vyskytuje více specifických vývojových poruch řeči a jazyka, školních dovedností a/nebo motorických funkcí, žádná z nich však nepřevládá natolik, aby mohla tvořit základní diagnózu.

F84 PERVAZIVNÍ VÝVOJOVÉ PORUCHY

VYMEZENÍ

- Pervazivní vývojové poruchy jinak také poruchy autistického spektra (PAS).
- Skupina těchto poruch je charakterizována kvalitativním porušením reciproční sociální interakce na úrovni komunikace a omezeným, stereotypním a opakujícím se souborem zájmů a činností. Tyto kvalitativní abnormality jsou pervazivním rysem chování jedince v každé situaci.
- Triáda postižených oblastí:
 - 1) Sociální vztahy
 - 2) Komunikace a řeč
 - 3) Odpor ke změně, rigidita, nepružnost myšlenkových procesů
- Dále se objevují abnormality ve hře, chování (dominují pohybové a jiné stereotypie, neúčelné rituály), zájmech, zálibách a aktivitách.
- U autismu i všech dalších pervazivních poruchách je vždy přítomná i jistá kognitivní porucha, a to i u dětí, kde je inteligence v rámci normy. Ke specifickým poruchám patří především omezená schopnost abstrakce, konceptualizace, usuzování, interpretace a nepružnost tvoření pojmů. U dětí s dětským

autismem je neverbální IQ zpravidla vyšší než IQ verbální. Z kognitivních funkcí je nejvíce postiženo porozumění řeči.

- Vzhledem k narušené sociální interakci a vztahům rozlišujeme 3 základní typy:
 - o Osamělý typ: bez zájmu o ostatní, tendence k izolaci od druhých, vyhledávání samoty
 - o Pasivní typ: toleruje lidi kolem sebe, bez tendence se zapojovat
 - o Zvláště aktivní typ: usilují o kontakt s druhými, vztahy, sociální interakce, ale volí neadekvátní formy navázání kontaktu
- Vývojové odchylky se projevují od narození nebo začínají kolem 2-3 let věku.
- Předpokládá se biologický základ poruchy, za příčinu je považována souhra organických a genetických vlivů.
- Existuje celá řada psychologických teorií autismu (kognitivní teorie, integrativní teorie, teorie intersubjektivit).
- Dříve byly poruchy autistického spektra označovány jako dětské psychózy. Na rozdíl od psychóz se pervazivní vývojové poruchy objevují již v útlém věku a jsou přítomny po celý život, byť se závažnost projevů může měnit.

PREVALENCE

- Současná prevalence poruch autistického spektra se odhaduje na 1 až 1,5% dětské populace (Dudová & Mohaplová, 2016).
- Odhady prevalence PAS vykazují v posledních desetiletích trvalý nárůst. Nárůst prevalence prozatím nebyl uspokojivě vysvětlen. Předpokládá se, že zhruba 50% nárůst případů PAS lze přičíst lepší diagnostice, zvýšenému povědomí a znalostem odborníků i rodičů o autismu, zvýšenému věku rodičů při zakládání rodiny a geografickému shlukování rodin s postiženými dětmi a odborné pomoci. Polovina nárůstu však zůstává nevysvětlena (Dudová & Mohaplová, 2016).
- Poruchy se častěji objevují u chlapců, obvykle udávaný poměr postižených chlapců k dívkám je 3 : 1 až 5 : 1. Při asociaci závažného mentálního postižení přibývá postižených dívek a poměr se mění na 2 chlapce : 1 dívce (Ošlejšková, 2008).

Definované poruchy

DĚTSKÝ AUTISMUS (ČASNÝ INFANTILNÍ AUTISMUS, KANNERŮV INFANTILNÍ AUTISMUS)

- o Porucha se projevuje od narození, nejdéle do 3 let věku.
- o Porucha je 4krát častější u chlapců.
- o Diagnostická kritéria: porucha sociálních vztahů, komunikace a řeči, odpor ke změně, rigidita, nepružnost myšlenkových procesů.
- o Další projevy: emoční labilita (nepředvídatelné výbuchy vzteku, křiku, pláče, smíchu), sebepoškozování, zvláštnost smyslové reaktivity (přecitlivělost na určité podněty), nerovnoměrný vývoj, kvalitně vyvinutá prostorová představivost, kvalitní zraková a prostorová paměť, mentální retardace.
- o Podle přítomnosti mentální retardace rozlišujeme nízkofunkční autismus (mentální retardace, 2/3 případů) a vysokofunkční autismus (bez mentální retardace, 1/3 případů).

ATYPICKÝ AUTISMUS

- o Liší se od dětského autismu buď dobou vzniku (rozvoj poruchy až po 3. roce) nebo tím, že není bezesbytku splněno některé ze tří základních kritérií.
- o Do této kategorie spadají děti s těžkou mentální retardací, u kterých se pro intelektuální deficit nemohou některé specifické kvalitativní dysfunkce projevit, a děti, které mají dobrou inteligenci a neobjevují se u nich omezené zájmy a rituály.

JINÁ DEZINTEGRAČNÍ PORUCHA V DĚTSTVÍ (DEZINTEGRAČNÍ PSYCHÓZA, HELLERŮV SYNDROM, INFANTILNÍ DEMENCE)

- o K rozvoji autistického syndromu dochází až po období normálního časného vývoje, nejčastěji mezi 2. a 4. rokem.
- o Na počátku onemocnění dochází k prokazatelné ztrátě dříve získaných dovedností, doprovázených emočními poruchami, silnou úzkostí, neklidem, dráždivostí, současně se zhoršuje řeč a veškerá

komunikace, po různě dlouhém období regrese vývoj znovu zvolna pokračuje, porucha řeči a sociální interakce však zůstávají u dětí nadále výrazné, trvalé je ochuzení hry a stereotypie.

- Oproti dětem s časným autismem mají děti s touto poruchou častěji mentální retardaci, na druhou stranu mají menší deficit v sociálních dovednostech.

ASPERGERŮV SYNDROM

- Porucha je častější u chlapců.
- Od dětského autismu se liší především nepřítomností těžkého poškození řeči, z pohledu diagnostiky je nutné, aby časný vývoj řeči nebyl závažně opožděn (ve 2 letech alespoň jednotlivá slova, ve 3 letech alespoň krátké věty), řeč je silnou stránkou dítěte, ale má určitá specifika, nápadné jsou odchylky v intonaci a hlasitosti, řeč je formální a pedantská, dítě není schopno se přirozeně zapojit do rozhovoru, špatně se zapojuje do kontextu rozhovoru, hovoří v dlouhých monologech o vlastním zájmu, nebere ohled na reakce a zájmy posluchače.
- Přítomná je porucha sociální integrace, chybí reciprocita, porucha neverbální komunikace, neschopnost empatie, neobvyklé reakce na emoce druhých, neschopnost přizpůsobit chování kontextu, poruchy ve vztazích s vrstevníky.
- Sekundárně se může objevit sociální inhibice a emoční poruchy (deprese).
- Inteligence je v normě, typické jsou specifické zájmy (vlaky, počítače, stroje, jízdní řády, kalendáře, encyklopedie), mohou být přítomny nefunkční rituály, pohybové stereotypie se zpravidla nevyskytují.
- Nápadná je motorická neohrabanost, s nástupem do školy se mohou objevit přidružené poruchy učení, impulzivita, hyperaktivita, sociální fobie spojená s mutismem.
- Lepší prognóza než ostatní poruchy autistického spektra, v dospělosti lidé s Aspergerovým syndromem zvládají samostatný život, ačkoliv ochuzený o vřelé sociální vztahy (tato skutečnost může být zdrojem frustrace a negativních emocí).

RETTŮV SYNDROM

- Geneticky podmíněná neurovývojová porucha s vazbou na chromozom X, syndrom postihuje téměř výlučně dívky.
- Diagnostika je náročná v útlém věku, kdy je náročné odlišit autismus a jinou dezintegrační poruchu, později je klinický obraz odlišný.
- Typický je normální časný vývoj, po kterém v období 5. až 30. měsíce k těžkému poškození a ztrátě získaných motorických, manuálních a řečových schopností.
- Typická je regrese psychomotorického vývoje mezi 5.-30. měsícem věku, dyspraxie (neschopnost účelného užívání rukou) až apraxie, nejistá chůze, hypotonie, mikrocefalie, dechová dysfunkce, gastrointestinální potíže, růstová retardace, mentální retardace, epileptické záchvaty, ztráta řeči, poruchy sociální interakce.
- Nemoc má v dětství dynamický vývoj, jsou popsány fáze vývoje onemocnění. Sociální zájem se po období stagnace obnovuje, dominuje pak porucha řeči a ztráta funkčního používání rukou (stereotypní pohyby).

HYPERAKTIVNÍ PORUCHA SDRUŽENÁ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ A STEREOTYPNÍMI POHYBY

- Porucha se projevuje hyperaktivitou, mentální retardací a stereotypními pohyby.
- Může být spojena se sebepoškozováním.
- V adolescenci je hyperaktivita zpravidla nahrazena hypoaktivitou.

DIAGNOSTIKA

- V prvních 6 až 9 měsících jsou odchylky v chování dítěte nespecifické. Po 9. měsíci života lze vyjádřit podezření na autistický vývoj.
- Diagnóza může být potvrzena až po 2. roce života (nejpozději do 18 měsíců lze diagnózu stanovit poměrně přesně). U dětí do dvou let je třeba se zaměřit především na problémy sociální interakce a neverbální komunikace. Je důležité brát vážně obavy rodičů, nejčastěji jsou znepokojeni problémy v sociálním kontaktu (neusmívá se, zvláštní oční kontakt, hraje si sám) a komunikaci (nereaguje na komunikaci, zdá se být hluchý).
- Pro diagnostiku školních a dospívajících dětí i dospělých s těžkými projevy autismu nebo s přidruženou mentální retardací se používají stejné metody jako pro děti předškolní. Většina dospívajících a dospělých již diagnózu má z období časného dětství.

- Základem diagnózy autismu a příbuzných poruch je především kvalitní pozorování, které je založeno na znalosti projevů poruchy v jednotlivých obdobích vývoje a na porovnání kompetencí dítěte s očekávanými kompetencemi s ohledem na jeho mentální věk. Důležitá je rovněž detailní anamnéza, zdravotní a školní dokumentace.
- Psychologické vyšetření je z mnoho důvodů obtížné. Děti při vyšetření nespolupracují, vyhýbají se kontaktu, výkonová motivace je malá, sociální odměny nefungují. Nová situace u dítěte vyvolává silnou úzkost, autostimulaci, stereotypie, afektivní výbuchy. Nutná je pružnost postupu, dostatek času k navázání kontaktu.
- U dětí s těžkými formami autismu někdy není možné vůbec navázat spolupráci, na místě je pak využít pozorování volné hry dítěte.
- Pro stanovení diagnózy je vhodné pozorovat dítě v domácím prostředí.
- V rámci **diferenciální diagnostiky** poruch autistického spektra je třeba odlišit ostatní poruchy:
 - o Mentální retardace – odlišné je sociální fungování, neverbální komunikace (oční kontakt, gesta).
 - o Děti se zrakovým a sluchovým postižením – u dětí se sluchovým a zrakovým postižením je raný sociální vývoj v normě.
 - o Schizoidní porucha u dětí (termín se někdy používá v záměně s Aspergerovým syndromem) – odlišné je to, že dítě se schizoidní poruchou sociální situaci rozumí a má schopnost normální interakci.
 - o Sociální úzkost – u dětí s úzkostnou poruchou není přítomné omezení zájmů a stereotypy, úzkost je spojena především s kontaktem s cizími lidmi v domácím prostředí je interakce normální a vřelá.
 - o Reaktivní porucha sociální přichylnosti v dětství – nápadnosti v sociální interakci po úpravě prostředí rychle ustupují.
 - o Poruchy učení, typicky děti s poruchami pozornosti, děti hyperaktivní, děti s poruchami učení – děti dokážou normálně navázat kontakt a vztah, rozumí a komunikují neverbálně, rozvíjí se u nich řeč.
 - o Porucha řeči – odlišnost je ve schopnosti neverbálně komunikovat a rozumět sociálním situacím.
 - o Schizofrenie – začíná většinou v pubertálním věku, výjimečně ve školním věku, objevují se bludy, halucinace, inkohrentní myšlení, katatonické projevy, ploché a nepřiměřené emoce, rozlišujícím znakem je i odlišná reakce na antipsychotika, u dětí se schizofrenií jsou běžné fáze remise a relapsů.
- **Testy zkušebního okruhu:**
 - o Diagnostika velmi malých dětí: Modifikovaná škála autistických projevů v batolecím věku (M-CHAT)
 - o Diagnostika dětí předškolního věku: Škála dětského autistického chování (CARS), Diagnostické interview autismu (ADI-R), Observační škála autismu (ADOS), Dětské autistické chování (DACH), Dotazník ABC, Dotazník ASQ
 - o Diagnostika Aspergerova syndromu: Australská škála Aspergerova syndromu (A.S.A.S.), Screening Aspergerova syndromu (ASSQ)

TERAPIE

- Dobře funguje eklektický a celostní přístup k dítěti a rodině.
- Děti s autismem se od sebe liší, rozdíly jsou v mentální úrovni, v míře autistických symptomů v komunikaci, v sociálních dovednostech, v míře problémového chování, je proto nezbytná kvalitní psychodiagnostika, na kterou by měla záhy nasedat časná optimální intervence.
- Nejčastěji se u dětí s autismem poskytuje individuální psychoterapie – individuální přístup, stanovení úrovně schopností dítěte a vytvoření výchovně-vzdělávacího programu.
- Významná je rovněž spolupráce s rodinou a pedagogická i terapeutická empatie.
- Účinná je také rodinná psychoterapie – odstraňuje špatně zafixované způsoby komunikace, jednání, očekávání apod., řeší aktuální rodinné konflikty, mění rodinné role, vztahy, umožňuje zdravé soužití rodiny.
- Nejlepší výsledky přináší strukturované vzdělávací programy – kombinace různých behaviorálních technik a využívání vizualizovaných informací (spíše než verbálních instrukcí).

- Funkční intervenční opatření: úprava prostředí (strukturovaný čas, vizuální instrukce, předvídatelnost), modifikace životního stylu (školní zařízení, bydlení, trávení volného času), rozvoj dovedností (nácvik komunikace, sociální interakce, pracovního chování, volné činnosti), přiměřená motivace, nácvik relaxačních technik, modelové nácviky zvládání situace (nákrasy, schémata)
- Doporučené terapeuticko-vzdělávací programy pro děti s autismem:
 - o Metoda strukturovaného učení
 - o Program TEACCH
 - o Vzdělávací program Higashi
 - o Intenzivní raná intervenční terapie
 - o Komunikační terapie – nácvik znaků, symbolů, piktogramů, psyní a čtení slov, cílem je rozvinout u dítěte schopnost komunikovat, např. výměnný obrázkový komunikační systém.
 - o Herní a interakční terapie (včetně videotréninku interakcí pro rodiče a učitele) - herní situace mohou být strukturované i spontánní, dítě se zapojuje do jednoduchých fyzických her, kolektivních her, sociálně interakčních her, cílem terapie je zlepšení úrovně myšlení (symbolické funkce), zlepšení komunikace (gesta, znaky, slova), vývoj emocí a sociálního chování (vztahy s dospělými, vrstevníky), využívá se v domácím i školním prostředí.
 - o Relaxace – dítě s poruchou autismu snadno podlehne přetížení, relaxace redukuje úzkost a tenzi.
 - o Arteterapie, muzikoterapie, zooterapie, ergoterapie, fyzioterapie a pohybová aktivita

15. PORUCHY CHOVÁNÍ A EMOCÍ SE ZAČÁTKEM V DĚTSTVÍ A ADOLESCENCI

- široký okruh poruch, vymezuje několik skupin:

F90 Hyperkinetické poruchy

- F 90. 0 Porucha aktivity a pozornosti
- F 90. 1 Hyperkinetická porucha chování
- F 90. 8 Jiné hyperkinetické poruchy
- F 90. 9 Hyperkinetická porucha nespecifikovaná

F 91 Poruchy chování

- F 91. 0 Porucha chování vázaná na vztahy k rodině
- F 91. 1 Nesocializovaná porucha chování
- F 91. 2 Socializovaná porucha chování
- F 91. 3 Porucha opozičního vzoru
- F 91. 8 Jiné poruchy chování
- F 91. 9 Porucha chování nespecifikovaná

F 92 Smíšené poruchy emocí a chování

- F 92. 0 Depresivní porucha chování
- F 92. 8 Jiné smíšené poruchy chování a emocí
- F 92. 9 Smíšená porucha chování a emocí nespecifikovaná

F 93 Emoční poruchy v dětství

- F 93. 0 Separační úzkostná porucha v dětství
- F 93. 1 Fobická anxiózní porucha v dětství
- F 93. 2 Sociální anxiózní porucha v dětství
- F 93. 3 Porucha sourozenecké rivality
- F 93. 8 Jiné emoční poruchy v dětství
- F 93. 9 Emoční porucha v dětství nespecifikovaná

F 94 Poruchy sociálních vztahů v dětství

- F 94. 0 Selektivní mutismus
- F 94. 1 Reaktivní porucha přichylnosti v dětství
- F 94. 2 Dezinhibovaná porucha v dětství
- F 94. 8 Jiné poruchy sociálních vztahů v dětství
- F 94. 9 Porucha sociálních vztahů v dětství nespecifikovaná

F 95 Tikové poruchy

- F 95. 0 Přejídná tiková porucha
- F 95. 1 Chronická motorická nebo vokální tiková porucha
- F 95. 2 Kombinovaná vokální a mnohočetná motorická tiková porucha

F 98 Jiné poruchy chování a emocí začínající obvykle v dětství a adolescenci

- F 98. 0 Neorganická enuréza
- F 98. 1 Neorganická enkopréza
- F 98. 2 Poruchy příjmu jídla v útlém dětském věku
- F 98. 3 Pika v dětství
- F 98. 4 Poruchy se stereotypními pohyby
- F 98. 5 Křivost
- F 98. 6 Breptavost
- F 98. 8 Jiné specifikované poruchy chování a emocí začínající obvykle v dětství a v dospívání
- F 98. 9 Nespecifikované poruchy chování a emocí začínající obvykle v dětství a v dospívání

F 99 Duševní porucha jině a jinak nespecifikovaná

- dá se říct, že poruchy F90-F98 významně narušují školní a pracovní výkon, důležité je komplexní zhodnocení, zohlednění kontextu a práce se signifikantními osobami (rodiče, učitelé)

HYPERKINETICKÉ PORUCHY (F90)

- **DSM-5** užíván termín **ADHD** (porucha s deficitem pozornosti a hyperaktivitou)
- **MKN-9** lehká mozková dysfunkce **LMD**= nucleus caudatus vpravo je větší než vlevo (součást bazálních ganglií), v pravém frontálním laloku méně mozkových spojů, corpus callosum je o něco menší

- **MKN-10 – hyperkinetické poruchy**, zahrnuje diagnózy:
 - o Porucha aktivity a pozornosti F90.0
 - o Hyperkinetická porucha chování F90.1
 - o Jiné hyperkinetické poruchy F90.8
 - o Hyperkinetická porucha nespecifická F90.9
- **HPK a ADHD nejsou zaměnitelné nebo synonymní pojmy**
- porucha aktivity a pozornosti obsahově koresponduje s ADHD, její pojetí je ale užší, je to tedy podskupina poruchy ADHD
- **epidemiologie:** HKP 1% v dětství, ADHD 6-12 %, většina přetrvává do dospělosti, častěji u chlapců 3-5:1

ETIOPATOGENEZE

- **HPK a ADHD – neurovývojové poruchy**
- vliv genetických faktorů
- objem mozku u ADHD o 3-4 % menší
- narušení prefrontální kůry vede k exekutivním dysfunkcím (aktivace, výkon, emoce, paměť, akce)
- vliv hraje dopamin a noradrenalin
- **další příčiny vzniku:** hypoxie, úrazy, nepříznivý zdravotní stav matky, FAS, nedonošenost, abnormality polohy plodu, infekce, bezvědomí matky, dědičné vlivy, podvýživa plodu

KLINICKÉ PŘÍZNAKY

- pro stanovení diagnózy se požadují 3 poruchy: 1. pozornost, 2. hyperaktivita, 3. impulzivita; musí přetrvávat 6 měsíců, být maladaptivní a v rozporu s vývojovou úrovní dítěte, objevit se má před 7 rokem, kritéria musí být splněna v různých situacích (ve škole, doma)
- **dle závažnosti symptomů:** mírný, střední a vážný typ
- **typy ADHD:**
 - o ADHD s převahou poruchy pozornosti
 - o ADHD s převahou hyperaktivity a impulzivity
 - o ADHD - kombinovaný typ
 - o ADD (porucha pozornosti) x ADHD (porucha pozornosti s hyperaktivitou)

DIAGNOSTIKA

- spolupracuje tým – lékař, psycholog, speciální pedagog
- podrobná anamnéza, pozorování, rozhovor, posudek od učitele, příp. od lékaře
- komplexní inteligenční test (WISC-III, WJ-IE) - intelekt často nerovnoměrný, nejlepší výsledky ve všeobecných dovednostech, soc. orientace, ale špatné výsledky v percepčně-motorických oblastech, krátkodobá paměť-> často přidruženy poruchy učení (25 %)

Testy

- testy pozornosti (číselný čtverec, d2, TMT, CPT, Bourdon, Kučerův test koncentrace pozornosti)
- testy percepce (reverzní test, Zkouška sluchové diferenciacce, Zkouška sluchové analýzy, Stroopův test, Test obkreslování (Matějček, Vágnerová)
- testy paměti (Reyova- Osterriethova komplexní figura, Paměťový test učení)
- projektivní kresba (postava, strom, rodina)
- posuzovací škály (Rutter, DuPaul, Barkley)
- Gordonův diagnostický systém (Anglie)
- Dotazník sebepojetí školské úspěšnosti SPAS
- úzkost CMAS
- osobnostní dotazníky (B-JEPI, CPQ...)
- Dotazníky ADHD (Swann, Conners)
- Neexistují však žádné speciální dotazníky, které by odhalily poruchu ADHD na 100%
- EEG odhalí pomalé frekvence mozku a jejich lokalizace, evokované potenciály, SPECT, PET, nMR, CT
- diferenciální diagnostika - potřeba odlišit od emočních poruch, poruch učení, citové deprivace, reakce na stres, CAN, zneužívání drog, poruchy osobnosti a další

POPIS PROJEVŮ

- **porucha pozornosti, hyperaktivita, impulzivita, percepčně-motorické poruchy, poruchy kog. fcí**
- **poruchy myšlení a řeči** (intelekt průměr, výsledky ve škole horší, nevnímají souvislosti, porucha logiky, chudá slovní zásoba, myšlení nepružné, poruchy komunikace)
- **poruchy pozornosti** (nesoustředěnost, rychlá unavitelnost, výkyvy ve výkonu)

- **hyperaktivita** – zvýšený arousal, motorická, řečová produkce, hlasitá, rychlá řeč
- **impulzivita** – zbrkllost, prudké reakce, snížená sebekontrola
- **percepčně-motorické poruchy** (poruchy sluchové diferenciaci, poruchy artikulace, řeč i nesrozumitelná, jemná hrubá motorika, neschopnost analýzy syntézy)
- **emoční poruchy** – labilita, výkyvy nálad, nízká frustrační tolerance, soc. nezralost, egoismus
- **často i somatické problémy** – infekce horních a dolních cest dýchacích, alergie, astma, úrazy, poruchy spánku a jídla
- narušení v **oblasti sociálních vztahů** – kvůli emoční labilitě a problematickým projevům chování odmítání vrstevníků i autoritami -> frustrace, pocity selhání, dysforie, negativismus

PROJEVY DLE VĚKU

- **kojenec:** dítě nepokojné, poruchy biorytmu, spánku, plačtivé, podrážděné
- **batole:** zvýšená pohyblivost, úrazy, nesoustředí se na hru, afektivní výbuchy, negativismus
- **předškolák:** nízká adaptabilita, nesoustředí se, odklad školní docházky, impulzivita
- **školní věk:** největší problémy, nízká koncentrace, poruchy paměti, špatné známky, nepsaní domácích úloh, vztahy s vrstevníky i učiteli špatné, abúzus alkoholu, drog
- **adolescence:** poruchy pozornosti a impulzivita, drzé chování, podvádění ve škole, chození za školu, agresivita, disociální chování, alkohol, drogy, afektivní poruchy

OBECNÉ ZÁSADY VÝCHOVNÉHO PŮSOBNÍ

- prevence syndromu ADHD
- vytvoření klidného a vřelého rodinného prostředí
- pořádek a **hranice** ve výchově, strukturovanost
- důslednost ve výchově, sjednocení výchovných přístupů
- soustředit se na kladné stránky dítěte – usměrnění aktivity, přiměřené podněty pro dítě
- vyhýbat se tvrdým trestům
- vhodný režim spánku, zdravá životospráva
- volný čas – koníčky
- učení (úkoly): méně a pravidelně, **nepřetěžovat**

TERAPIE

- dramaterapie, muzikoterapie, arteterapie
- kombinace individuální terapie KBT a skupinové terapie, případně rodinná terapie
- osvědčené nejméně 2 roky, 1 rok vedení a kontrola dle potřeby
- EEG neurofeedback
- reedukace pomocí pracovních listů (př. KUPOZ)
- relaxační metody (dýchací cvičení, autogenní trénink)
- nácvik komunikace a sociálních schopností
- bodovací systémy (Token systém)
- programy modifikace chování doma i ve škole
- opatření ze strany školy (úprava prostředí, výchovné opatření)
- vzdělávání v oblasti problematiky ADHD
- podpůrné rodičovské skupiny
- vážnější případy – **medikace** psychostimulancia-Metilfenidát, nestimulační lék-Atomoxetin, antidepresiva, neuroleptika-u rezistence na léčbu
- **Nesprávné postupy:** nejednotná výchova, perfekcionismus, příliš liberální, nedůsledná výchova

ADHD A DOSPÍVÁNÍ

- dozrávání CNS způsobí zmírnění příznaků nebo i posílení, lepší soustředění, zlepšení jemné i hrubé motoriky, snížení impulzivity, výrazný rozdíl mezi chováním doma a ve skupině, nerespektování autorit, problémy v partnerských vztazích

OBDOBÍ DOSPĚLOSTI A ADHD

- přetrvává u 40-45 %, emoční nestabilita a impulzivita, snížené sebevědomí a hyperaktivita, chaotický životní styl, odkládání problémů, zažívají nudu, nedůslední, ale kreativní, nepřízpůsobiví, sklon k závislostem, časté střídání partnerů a zaměstnání, střed pozornosti, výbušnost, alkoholismus

PORUCHY CHOVÁNÍ (F91)

- prvky problematického a narušeného chování jsou součástí obrazu řady diagnóz př. hyperkinetické poruchy, poruchy přizpůsobení nebo se dají klasifikovat samostatně
- opakující se vzorce chování, typické nedodržováním a narušováním norem, pravidel a práv druhých, agresivní projevy zaměřené proti věcem, zvířatům i lidem, krádeže, nepoctivost, lhaní, záškoláctví
- podle závažnosti poruch chování a důsledků rozlišujeme **lehké, střední a těžké**
- poruchy chování klasifikovány ve školství jsou – vyplývající z konfliktu (záškoláctví), spojené s agresí (šikana), spojené se závislostním chováním (toxikomanie)
- 40 % poruch chování přejde v dospělosti do antisociální poruchy osobnosti
- **nejméně půl roku** trvající projevy, před 10. rokem spíše nezralost autoregulačního systému
- poruchové chování: nerespekt k soc. normám, neschopnost udržovat vztahy, agresivita
- pro diagnostiku musí projevy být za **1 rok přítomné 3 symptomy a min 1 trvalý za posledních 6m**
- **etiologie:** nízká aktivace CNS, zneužívání návykových látek rodičů, psychiatrické onemocnění v rodině, zanedbání, zneužívání v rodině
- častá komorbidita

ČINITELÉ ZPŮSOBUJÍCÍ VÝCHOVNÉ PROBLÉMY

- **nefunkční rodina**, socioekonomický status, výchova k bezohlednosti, nuda ve škole, masmédia atd.
- poruchy chování: agresivní X neagresivní
- **psychologicky podmíněné** (hledá náhradní uspokojení) X **rodinně podmíněné**
- **disociálně** (mírně se vymyká soc. normám) X **asociálně** (vymyká se mravním normám) X **antisociálně** (kriminální chování)
- **symptomatické** (součástí psych. poruch) X **vývojové** (součást vývoje) X **výchovné** (nevhodná výchova)
- **Porucha chování vázaná na vztahy k rodině** F91.0 – projevuje se pouze k rodině a domovu
- **Nesocializovaná porucha chování** F91.1 – disharmonický vývoj osobnosti, nedostatečný vývoj a zvnitřnění morálky, chybí empatie, důvěrné vztahy, samotář, rvačky, agrese, hrubosti, násilnosti, nejhorší prognóza
- **Socializovaná porucha chování** F91.2 – typická narušenými vztahy s autoritami a zapojením v nějaké vrstevnické skupině (partě) s určitými pravidly, rituály a organizací (delikventní aktivity)
- **Porucha opozičního vzoru** F91.3 – u dětí do 10 let, extrémní vzdorovitost, nerespektování autority, šikánování, rvačky, lhaní, často předstupeň nesocializované poruchy chování

DIAGNOSTIKA

- vyšetření – rozbor disociálních projevů, dg. významné objasnění motivace, komplexní vyšetření a explorační rodinného a širšího sociálního prostředí
- pozorování, rozhovor

TESTY

- Škály hodnocení dětského chování učiteli a rodiči (Vágnerová)
- Škály sebehodnocení vlastního chování pro děti
- Škály vícezdrojového hodnocení sociálních dovedností dětí
- Osobnostní dotazníky pro děti (B-JEPI, CPQ...)
- Projektivní testy (Rosenzweigův obrázkový frustrační test, CATO, kresby...)

TERAPIE

- komplexní, systematický, dlouhodobý přístup
- behaviorální trénink rodičů, skupinová terapie, vhodné volnočasové aktivity
- arteterapie, dramaterapie, psychofarmaka (AD, stimulancia)
- **Terapie agresivních projevů:**
 - o v terapii snaha o zmírnění vlivu jednotlivých nepříznivých faktorů (rodinné, vrstevnické, osobnostní faktory), preventivní působení
 - o agrese je těžce řešitelná, ale děti jsou přístupnější terapii než dospělí, volíme individuální a rodinnou terapii, někdy nutná hospitalizace a psychofarmaka

SMÍŠENÉ PORUCHY CHOVÁNÍ A EMOCÍ (F92)

- kombinace narušeného chování a emocí – agresivní, disociální, vzdorovité projevy doprovázené neurotickými symptomy, úzkostí, bázlivostí, mohou se přidat také obsese, kompulze, deprese
- **Depresivní porucha chování F92.0** – nezájem, anhedonie, beznaděj, autoakuzace, depresivní ladění, často také somatické symptomy s bolestmi hlavy, břicha, častější výskyt somatických problémů, regrese
 - **deprese u dětí**: smutná nálada, poruchy příjmu potravy, poruchy spánku, pohybový útlum/nepokoj, apatie, únava, pocity viny, zhoršení paměti a pozornosti, suicidální myšlenky
 - **kojenec** – dítě se odtahuje od matky, ztráta zájmu, útlum hybnosti, nejdřív pláče a volá po matce, poté je apatické, často deprese anaklitická – reakce na separaci
 - **batole** – poruchy jídla a spánku, nezájem o hru, zvýšená závislost na matce
 - **předškolní věk** – somatické příznaky (bolesti břicha a hlavy), izolace od vrstevníků, denní snění, fantazie o bolesti, smrti, agresivní projevy
 - **školní věk** – depresivní témata ve hrách, pozor na reálnou možnost suicida
 - **puberta a adolescence** – v pubertě normální změny nálad, náchylnost k suicidu, klinický obraz deprese stejný jako u dospělých
 - **kognitivní deprese** – negativní pohled na sebe, svou situaci a budoucnost
 - **endogenní deprese** – útlum, depresivní nálada, anhedonie

Diagnostika deprese

- pozorování hry, neverbální projevy dítěte, využití projektivních technik, kresba
- **terapie** – rodinná, individuální, psychofarmaka – AD
- **suicidium** - v adolescenci 2. nejčastější příčina smrti

EMOČNÍ PORUCHY SE ZAČÁTKEM SPECIFICKÝM PRO DĚTSTVÍ (F93)

- dominantním rysem je úzkost a strach
- často somatizace, většinou v takové formě nepřetrvávají do dospělosti, spíše se transformují př. úzkostná porucha
- součástí normálního vývoje je v kojeneckém a batolecím věku separační úzkost a strach z cizích lidí, který by měl na konci 3. roku začít ustupovat, mírné formy strachu z neznámého jsou adaptivní
- předškoláci mají bohatou fantazii a magické myšlení, to může vést ke vzniku fobií, které rychle zmizí - pokud nezmizí, zvyšuje se jejich intenzita, je to patologické
- okolo 8-10 roku děti začínají chápat smrt- její nezvratnost a univerzálnost, začínají se bát tmy, nebezpečí, drobných zvuků
- **Patologická úzkost** – nadměrná, dlouhodobá, brzdí správný vývoj, inhibice/aktivace dítěte
- **Generalizovaná úzkostná porucha** – neustále v napětí, spíše inhibované, somatizace, strachy

VÝVOJ SEPARAČNÍ ÚZKOSTI M. MAHLEROVÁ

- **normální autismus** (1. měsíc) – redukce tenze, uspokojení potřeb
- **normální symbióza** (2-4. měsíc) – matka-dítě jeden systém, dítě neodlišuje sebe a matku, jen okolí
- proces **separace-individuace** (4-36. m)
 - o **diferenciace** (4-10.m) – rozlišuje ostatní, strach z cizích, exploração okolí, začíná se projevovat separační úzkost
 - o **praktikující fáze** (10-16. m) – aktivní vzdalování od matky, vždy se vrátí, separační úzkost
 - o **znovusblížení** (16-25. m) – navázání kontaktu s jinými, ve vztahu k matce ambivalence, špatně snáší odloučení od matky (separační úzkost v normě)
 - o **individuace**, stálost objektu (25-36. m) – obraz matky internalizovaný, dítě samostatné, nastává zrození „já“, dítě dobře snáší separaci
- **Separční úzkostná porucha v dětství F93.0** – nadměrná úzkost, strach z nebezpečí, neopodstatněné obavy při odloučení od pečující osoby, projevy neodpovídají věku dítěte, často pláč, emoční labilita, výbuchy vzteku, stažení se, poruchy spánku, důsledek je zhoršení sociálního zařazení, řady aktivit a

běžných fcí, ve výchově najdeme nezdravou hyperprotektivitu (vztah hyperprotektivní matka a dítě, ale i jiné významné osoby)

- **Fobická anxiózní porucha v dětství** F93.1 – strach vázaný na konkrétní objekty/situace, strach je neopodstatněný, nadměrný, nepřiměřený věku i kontextu, objekty fobie u dětí, adolescentů, dospělých se mohou lišit př. strach ze smrti (thanatofobie), z výsměchu (kategofobie), strach ze strachu (fobofobie), ze zrudnutí (ereutofobie), tyto strachy v dětství ojedinělé, v adolescenci běžné. **Školní fobie** – odmítání chodit do školy je multifaktoriálně podmíněna (separace, psychotické onemocnění, šikana, zneužití drog...)
- **Sociální anxiózní porucha v dětství** F93.2 – omezení kontaktu a styku s cizími lidmi, strach a obavy z neznámých a neznámého je spojen s vyhýbáním se lidem, sociálním situacím, izolací a s narušením běžných spol. aktivit -> neodpovídá věku ani kontextu, přechod do soc.fobie nebo vyhýbavé poruchy
- **Porucha sourozenecké rivality** F93.3 – součástí regrese do projevů mladšího věku (při narození sourozence), výrazná neposlušnost, emoční výbuchy, zlost a agrese s cílem získat pozornost rodičů
- **Terapie** – rodinná, behaviorální, případně dynamická (spolupráci terapeuta a rodičů)

PORUCHY SOCIÁLNÍCH VZTAHŮ SE VZNIKEM SPECIFICKÝM PRO DĚTSTVÍ A ADOLESCENCI (F94)

- **Elektivní mutismus** F94.0 – důsledné mlčení v určitých situacích (př. ve vyučování) nebo v kontaktu s určitými lidmi (př. s učitelem), porucha není způsobena nedostatečnými řečovými schopnostmi, může narušit a komplikovat vzdělávací proces ve škole, přípravu na povolání
- **Reaktivní porucha přichylnosti v dětství** F94.1 – typická pro útlý věk, součástí ambivalence, apatie, bázlivost, narušení soc. vztahů, neprosívání či zaostávání (psychické i somatické)
- **Dezinhibovaná porucha v dětství** F94.2 – abnormální sociální zapojování

TIKOVÉ PORUCHY (F95)

- **tik**= opakované, bezúčelné, náhlé, rychlé, mimovolní pohyby, vyluzované zvuky nebo jiné projevy
- frekvence a forma tiků jsou variabilní a individuálně odlišné, vůlí je lze potlačit jen na krátkou a omezenou dobu, tiky jsou **jednoduché** nebo **komplexní**:
 - **jednoduché tiky motorické** – záškuby mimických svalů, ramen, horních končetin
 - **jednoduché tiky fonační** – syčení, pohvizdování, chrochtání, mlaskání
 - **komplexní tiky motorické** – složitější opakované vzorce – poplácávání, dotýkání se, obscénní pohyby (kopropraxie), mohou být doprovázeny sebezraňováním
 - **komplexní tiky fonační** – opakované vykřikování či vyřazení slov, frází, zvuků, slova neutrální i obscénní (koprolálie)
- tiky jsou řazeny k neurotickým poruchám v dětském věku, mohou mít i organickou příčinu
- **Přechodná tiková porucha** F95.0 – trvá méně než 1 rok, výrazně kolísá intenzitou i formou projevů, objevují se remise i relapsy, projevy se zhoršují stresem, vypětím, rozrušením či únavou
- **Chronická motorická nebo vokální tiková porucha** F95.1 - trvá déle než 1 rok, z dětství přechází do dospělosti a může nositele sociálně znevýhodňovat a emočně zraňovat
- **Kombinovaná vokální a mnohočetná motorická tiková porucha** F95.2 = Tourettův syndrom – navzájem se kombinují vícečetné komplexní fonační a motorické tiky, má kolísavý, ale celoživotní průběh, ataky střídají remise

JINÉ PORUCHY CHOVÁNÍ A EMOCÍ ZAČÍNÁJÍCÍ OBVYKLE V DĚTSTVÍ A ADOLESCENCI (F98)

- **Neorganická enuréza** F98.0 – v 80 % výskyt v podobě nočního pomočování (enuresis nocturnal), i ve formě denního pomočování (enuresis diurna) nebo kombinace obou typů, týká se dětí, které by již měly močení ovládat, běžně do 3-5 let zvládnuto
 - **primární enuréza** – dítě se vůbec nenaučilo kontrolovat a ovládat močový měchýř
 - **sekundární enuréza** – pomočování se objevilo po určitém období, kdy to dítě zvládlo
- **Neorganická enkopréza** F98.1 – mimovolní odchod stolice ve věku, kdy by to dítě již mělo ovládat, neorganická – nenacházíme organický původ
- **Poruchy příjmu jídla v útlém dětském věku** F98.2 – ruminace=vracení potravy zpět do úst, znovuvýkání, znovupolykání, infantilní mentální anorexie zahrnuje odmítání jídla, extrémní vybíravost v jídle, jsou spojeny s neprospíváním dítěte
- **Pika v dětství** F98.3 – požívání látek a předmětů přírodních i uměle vyrobených, které jsou nestavitelné nebo nejsou určeny k jídlu – od písku, listí, výkalů, hlíny, vlasů, brouků až po barvy, lepidla, plasty
- **Poruchy se stereotypními pohyby** F98.4 – narušují běžné aktivity, opakované třepání, bouchání, štipání, kousání, plácání atd., vedou mnohdy až k sebepoškozování a jsou obtížně řešitelné
- **Koktavost** F98.5 – balbuties (zadrhávání v řeči) narušuje plynulost a rytmičnost slovního projevu, začíná v předškolním věku, může mít vazbu na určité situace, sociálně i výkonově znevýhodňuje
- **Breptavost** F98.6 – porucha artikulace, rychlé tempo řeči má narušenou plynulost a srozumitelnost

DALŠÍ PORUCHY OBJEVUJÍCÍ SE V DĚTSKÉM VĚKU:

- **Obsedantně kompulzivní porucha v dětském věku** – úzkostná porucha, přítomny obsese (vtíravé myšlenky) a kompulze (nutkavé činy), proti vůli, ztráta kontroly nad vlastní myslí, rituály snižují úzkost, symptomatika se příliš neliší od dospělých pacientů; výskyt okolo 2. roku, poté 8-10. rok a adolescence; **psychoterapie** – KBT, psychodynamický přístup, rodinná terapie, léčba v psych.nemocnici
- **Poruchy přizpůsobení v dětském věku** – neurotická porucha, přímá souvislost s traumatickým zážitkem, regresivní reakce
- **Traumatická stresová porucha** – mimořádně závažná událost, spojeno s přímým ohrožením života, zneužívání, týrání
- **Bipolární porucha v dětském věku** – střídání manických a depresivních stádií v období dospívání, střídání bývá rychlejší než u dospělých a je méně pravidelné, stavy se střídají i několikrát za den, porucha vzniká plíživě; **projevy**: expanzivní nálada, iritabilita a hněv, snížená potřeba spánku, nadbytek energie, motorická hyperaktivita, zaměření na určitou činnost, grandiozita, zrychlené tempo řeči, myšlenkový trysk, snížená kritičnost, dráždivost, i halucinace, afektivní labilita; **diferenciální diagnostika**: poruchy chování, panická porucha, OCD, som. onemocnění (epilepsie)

16. TERAPIE, REHABILITACE, SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Sociální psychiatrie, kluby pacientů, svépomocné skupiny, sociální služby pro osoby s duševní poruchou.

Terapie v psychiatrii

Ideál = aby byla komplexní a vycházela z komplexního přístupu (bio-psycho-sociálně-spirituálního)

- dělí se na biologickou otázku terapie a psycho-sociální

Biologická léčba se prolíná s psychologickou (u vážnějších stavů, nemocí nastupuje intenzivní biologická léčba, jakmile příznaky odeznívají, na významu přibývá psychologické péče)

Biologická léčba v psychiatrii

- obecně působí na mozek (mozkové neurony, mediátory, synaptické děje) – ovlivňuje působením na ně mozkové a psychické funkce

1) (PSYCHO)FARMAKOTERAPIE

- cíl: **chemickou cestou optimalizovat duševní stav**
- **nejrozšířenější** terapeutická cesta současnosti
- princip **START – MONOTERAPIE** (na začátku léčíme jedním lékem); výjimky na stratu – když je ten stav, tak těžký, že to jeden typ léku nepokryje, tak se výjimečně dá více léků už na začátku
- **PLACEBO efekt** (žádný biologický nebo chemický účinek, ale výsledek se přesto dostaví)
 - a) **pozitivní** (věříme ve zlepšení a dostaví se pozitivní účinek – na neutrální substanci)
 - b) **negativní** (projeví se negativní příznaky, které jsou třeba v příbalovém letáku)
 - (nelze se spoléhat u závažných stavů, při psychologické léčbě efekt může mít – píchne se injekce fyziologického roztoku a člověk ucítí úlevu)
 - jde o vztah – pokud se na nás klient naváže a my vyjádříme podporu důvěru v něco, může klienta ovlivnit

FARMAKODYNAMIKA

– mechanismus účinku léků, jaký vztah k mediátorům?

- **agonisté** (působí stejně jako přirozený mediátor – podpoří účinek přirozeného mediátoru)
- **parciální agonisté** (působí z části stejně) – dobré tam, kde to kolísá, ustáluje hladinu
- **antagonisté** (blokuji účinek druhého mediátoru)
- **parciální inverzní agonisté** (působí částečně opačně) – dobré tam, kde to kolísá, ustáluje hladinu
- **inverzní agonisté** (působí opačně než nějaký mediátor)

FARMAKOKINETIKA

– zabývá se, jak se v těle farmakum pohybuje, co se s ním v tom těle děje (osud farmaka v těle)

- **absorpce** (jak se dostane do těla)
 - **p.o.** (= per orálně) – ústy (užíváno v psychiatrii)
 - **i.v.** (= intra venózně – nejrychlejší distribuce po těle) – do žíly, do krevního oběhu (užíváno v psychiatrii)
 - **i.m.** (= intra muskulárně) - nejčastěji do hýžděového svalu (užíváno v psychiatrii) – obchází játra, postupně se šíří
 - **s.c.** (= sub kutánně) - podkožně, málo častá v psychiatrii
 - **per rectum** (= přes konečník) - ve formě čípků – např. u diazepam, obchází to játra a nedochází k tak rychlé metabolizaci léku
 - **sublingválně** (=pod jazyk)
 - **intravaginálně** (=přes vaginu) – kuličky – v psychiatrii ne
 - **distribuce** (krev, některé léky vázané na bílkoviny X dávkuje se jinak než léky, které jdou volně)
 - **metabolizace** (játra, aj. – přeměna v látku, která už nepůsobí a vyloučí se) – pro tělo léky cizorodé látky, které se snaží vyloučit ven
 - **exkrece** (způsob jaký se léky dostávají z těla ven, vyloučí se – močí, stolicí, potem)
 - rychlost exkrece se liší

Maximální plazmatická koncentrace – C_{MAX} = strop, které koncentrace dosáhne

!!!CAVE udržujeme mezi hladinou toxickou a minimální terapeutickou hladinou!!

Biologický poločas $t_{1/2}$ = doba, kdy koncentrace léčiva dosáhla 50 % koncentrace v ustáleném stavu
Základní hodnocené farmakokinetické parametry – plazmatický (biologický poločas ($t_{1/2}$))

POSTOJ K LÉKŮM

farmakofilní (léky, chce, vyžaduje a chce je vždycky) – **vyvážený** – **farmakofobní** (bojí se léků, přeceňuje negativní účinky, odmítá je i v případě, kdy by mohly pomoci)

ROZDĚLENÍ PSYCHOFARMAK (PODLE TOHO NA JAKÉ PSYCHICKÉ FUNKCE PŮSOBÍ)

- **afektivita**
 - anxiolytika, antidepressiva, thymoprofylaktika
 - mají odstraňovat něco negativního
 - dysforika zhoršují náladu (dříve pro léčení mánie) – jiné léky mohou mít dysforické účinky (třeba u léků na srdce na interně)
- **integrace psychických funkcí**
- antipsychotika (= neuroleptika > starší název)
- (halucinogeny – LSD > dnes už se v léčbě nepoužívá)
- **bdělost, pozornost**
 - psychostimulancia x hypnotika
- **kognitivní funkce**
 - neuroprotektiva
- **sexuální funkce**
- antiandrogeny, gestageny, inhibitory fosfodiesterázy-5 (to je viagra)

Název léku

generický – mezinárodní název látky, která odpovídá za léčebné účinky; malým písmem

firemní – název konkrétního vyráběného léku (URČUJE FIRMA), velkým písmem, „hlavní název“

Na krabičce vždy

1. firemní název
2. generický název
3. množství účinné látky v tabletě/čípku....

ANXIOLYTIKA

- mají specifický účinek, účinek nastupuje rychle
- **nežádoucí účinky:** tlumí!! kognitivní funkce (nižší pozornost) a u starších lidí podporují rozvoj demence (mohou ovlivnit inteligenční testy)
- možnost intoxikace (při předávkování) – v kombinaci s alkoholem může dojít k zástavě dechu
- riziko rozvoje závislosti (za 3-4 týdny – max. doba pravidelného užívání) z vysazení po pravidelném užívání
→ **syndrom z vysazení = abstinenční syndrom** (fyzická nevolnost, pocity závratě, může být spojen s deliriózními stavy, epilepsií) – úplné vysazení či snížení dávky
- **indikace:** úzkost, tenze, strach, vnitřní napětí
- **amotivační syndrom** → člověk se přestane snažit, protože ví, že se může spolehnout na léky, které mu pomůžou (nechce třeba udělat nějakou změnu v životě... proč taky?!)
- **KRÁTKODOBÉ a CÍLENÉ** užívání (max. 3-4 týdny pravidelného užívání)

BENZODIAZEPINOVÁ

- většinou **okamžitý účinek**
- léky mají dva názvy: první název s malým písmenem je univerzální, dle látky obsažené uvnitř, druhý název je s velkým písmenem, firemní název
→ zvýšené riziko předávkování, lidé se řídí názvy farmaceutických firem, ale léky obsahují stále stejnou látku
- volba nástupu účinku dle akutnosti stavu
- a) **s rychlým účinkem**
 - *diazepam* (Diazepam, Apaurin...)
 - *alprazolam* (Neurol, Frontin, Xanax...)
- b) **s pomalejším účinkem**
 - *bromazepam* (Lexaurin)
 - *klonazepam* (Rivotril)
 - *oxazepam* (Oxazepam) – vylučuje se z těla kratší dobu, nejrychleji

NEBENZODIAZEPINOVÁ

- mají **nižší účinek**, nefungují tak intenzivně, ale je zde **menší riziko závislosti**
 - s **rychlým účinkem**
- *guaifenezin* (Gaujacuran)
- *hydroxyzin* (Atarax)
 - s **pomalým účinkem**
- *buspiron* (Anxiron, Buspar, Buspirol)

Anxiolytický účinek mají preparáty i z jiných lékových skupin:

- antidepresiva
- antipsychotika II. generace
- beta-blokátory (zklidnění srdce – vliv i na psychické zklidnění)

ANTIDEPRESIVA

- s anxiolytiky nejrozšířenější
- **blokuji zpětné vychytávání mediátorů v synapsích/ snižují metabolické odbourávání** – zvýší se tím množství mediátoru v synaptické štěrbině/působí na receptory → ovlivňují koncentrace a působení (účinnost) mediátorů
- vhodné **DLOUHODOBĚ, CÍLENĚ** – **nástup účinku po 3 - 4 týdnech**, v 5.-6. týdnu se zvedne koncentrace – když mu to i tak nefunguje, tak pak se zkouší něco jiného + se ještě aspoň půl roku po stabilizaci mají brát
- jsou **nenávykové**

Indikace:

- deprese
- neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem, somatoformní poruchy
- OCD
- tlumí vnímání bolesti
- poruchy spánku (navozují zklidnění)

+ mají anxiolytický a neuroprotektivní efekt (po úrazech, mrtvičkách – působí jako ochrana neuronů)

SKUPINY:

1. ANTIDEPRESIVA – BLOKÁTORY ZPĚTNÉHO VYCHYTÁVÁNÍ (REUPTAKE) MEDIÁTORŮ

- působí zejména na mediátory: serotonin, noradrenalin, dopamin

Podle častosti užívání: III. generace – SSRI, SARI, NARI (léky 1. volby, působí na 1 mediátor)

IV. generace – SNRI, NDRI (dualistická, působí na 2 mediátory)

II. generace – heterocyklická antidepresiva (AD)

I. generace – tricyklická, tetracyklická AD (používá se minimálně)

1) III. GENERACE AD

- a) **SSRI** (selective serotonin reuptake inhibitors) = selektivní blokátory zpětného vychytávání serotoninu
 - dnes léky první volby, jsou i nejrozšířenější, léky jsou v jedné skupině zástupné
 - nevyvolávají závislost, dobře snášené, i pro děti a těhotné
 - druhy:
 - *fluvoxamin* (Fevarin...) – používá se i v dětské psychiatrii
 - *fluoxetin* (Portal, Prozac, Deprex, Deprenon, Flumirex...)
 - *citalopram* (Seropram, Citalec, Cipram, Citalon, Cerotor...)
 - *escitalopram* (Cipralex...)
 - *sertralín* (Zoloft, Asentra, Serlift, Stimuloton...)
 - *paroxetin* (Seroxat, Remood, Apo-Parox...)
- b) **SARI** (serotonin agonist reuptake inhibitors)
 - **zdvojený serotoninový účinek** → blokátor + agonista (zvýší koncentraci serotoninu a ještě působí na ten receptor stejně jako mediátor)
 - *trazodon* (Trittico)
- c) **NARI** (noradrenalin reuptake inhibitors)
 - **blokátor zpětného vychytávání noradrenalinu**
 - *reboxetin* (Endronax)

- nedoporučuje se u sebevražedných nálad – stimulační léky -> zvyšujeme riziko sebevraždy (nejednou má tu sílu a energii)

2) IV. GENERACE AD

- **dualistická** (působí na dva mediátorové systémy)
- mají větší účinnost (nasazuje se, pokud III. generace nezapůsobí)
- a) **SNRI** (blokuje serotonin a noradrenalin)
 - *venlafaxin* (Efectin)
 - *minacipram* (Ixel)
 - *mirtazapin* (Remeron, Esprital)
- b) **NDRI** (působí na noradrenalin a dopamin)
 - *bupropion* (Wellbutrin, Zyban)

3) II. GENERACE AD

- **heterocyklická antidepresiva**
 - *maprotilin* (Ludiomil)
 - *mianserin* (Lerivon, Miabene...)

4) I. GENERACE AD

- tricyklická, tetracyklická antidepresiva
- používají se, protože mají i **efekt proti bolesti**
- bohužel mají **řadu nežádoucích účinků** – sucho v ústech/sliznicích, snižují libido
- při předávkování jsou **toxická**
- **TRICYKLIKÁ** (mají ve struktuře 3 uhlíkové cykly) (TCA)
 - *amitriptylin* (Amitriptylin)
 - *dusolepin* (Prothiaden)
 - *imipramin* (Melipramin)
 - *kломipramin* (Anafranil)

JINÁ AD S PŮSOBENÍM NA REUPTAKE MEDIÁTORŮ

- a) *Jarsin 300* (má 300mg)
 - blokuje zpětné vychytávání Ser, NA, Dop, GABA, glutamátu
 - přírodního původu – z třezalky tečkované
- b) *tianeptin* (Coaxil)
 - STIMULUJE zpětné vychytávání serotoninu!! (působí naopak než všechna AD, která BLOKUJÍ zpětné vychytávání serotoninu) + působí proti úzkosti (anxiolytický účinek)

2. ANTIDEPRESIVA IMAO – INHIBITORY MONOAMINOOXIDÁZ

- monoaminoxidáza odbourává serotonin, adrenalin, noradrenalin, dopamin (když zablokujeme enzym, který rozkládá mediátor, budeme mít mediátoru víc)

II. GENERACE – RIMA (reverzibilní inhibitory monoaminoxidáz)

- blokují buď MAO-A, nebo MAO-B
- **reverzibilní**
 - a) *moklobemid* (Aurorix) // MAO-A
 - b) *selegilin* (Jumex, Niar, Selegelin) // MAO-B – taky se používá u léčení demence Alzheimerova typu (DAT) a Parkinsonovy nemoci

I. GENERACE (dnes už se neužívá! – obsolentní = zastaralá)

- blokují MAO-A i MAO-B
- ireverzibilní
- nepoužívají se → interagovaly s léky a potravinami, způsobovaly hypertenzní krize (vysoký krevní tlak)

!POZOR! na kombinace IMAO + SSRI + TCA může způsobit smrtelné kombinace (velká hladina serotoninu)

→ **CAVE! Serotoninový syndrom**

- vzniká nevhodnou kombinací léků na bázi serotoninu (je ho v mozku tolik, že převáží nežádoucí účinky)
- zejména kombinací IMAO + SSRI + TCA
- příznaky:
 - psychické (úzkost, delirium, ztráta orientace, poruchy pozornosti...)
 - neurologické (třes, křeče, záchvaty připomínající epileptické...)
 - vegetativní (intenzivní pocení, horečka, zimnice)
 - GIT (=v trávicím traktu – průjem, zvracení)
 - kardiovaskulární (tlak, zvýšená tepová frekvence)
 - krevní (změna počtu tymocytů a leukocytů, DIK – diseminová intravaskulární koagulace → srážení krve)
- příznaky mohou být mírné, střední, závažné až smrtelné
- terapie
 1. vysadit léky zvyšující serotonin!!
 2. dále dle závažnosti (až JIP, popř. serotoninový antagonist cyproheptadin – působí proti serotoninu)

ANTIPSYCHOTIKA

- psychická integrace
- potlačení psychotických příznaků (bludy, halucinace) – těžké stavy
- zklidnění, mírnění agrese a neklidu
- stabilizace nálady (II. generace)
- 1. - chlorpromazin
 - syntetizován v r. 1952, zaveden do praxe v r. 1956 (**začíná éru psychofarmakoterapie**)
 - nyní se už nepoužívá

II. GENERACE – ATYPICKÁ ANTIPSYCHOTIKA (=“ATYPIKA”)

- působí pozvolněji, mírněji, mají méně nežádoucích účinků
- *sulprid* (Dogmatil, Prosulpin)
- *amisulprid* (Solian, Deniban)
- *tiapridal* (Tiapridal) – u starších pacientů – u starších lidí jeden z nejužívanějších
- *risperidon* (Rispen, Risperdal)
- *ziprasidon* (Zeldox)
- *olanzapin* (Zyprexa) – také jako stabilizátor nálady, zvyšuje hladinu krevního cukru
- *quetiapin* (Seroquel)
- *zotepin* (Zotepin) – ve formě rychle rozpustných tablet
- *aripiprazol* (Abilify)
- **klozapin** (Leponex) – jeden z nejsilnějších, antipsychotické dělo – nechává se v záloze, když nefungují ostatní – má výrazné vedlejší účinky (poškození jater nebo kostní dřeně)
- selektivní D₂/D₃ antagonisté
- SDA (antagonisté 5-HT, DA, NA)
- MARTA (multireceptorová antagonisté – DA, 5-Ht, histamin, ACH, NA)

I. GENERACE – KLASICKÁ ANTIPSYCHOTIKA

- působí vesměs rychleji – používají se tam, kde je to potřeba rychle
- a) **sedativní** (tlumivé, sedatio = zklidnění, velmi silná – mohou až uspat)
 - *thioridazin* (Thioridazin)
 - *zuklopenthioxol* (Cisordinol)
- b) **incisivní** (zvýšení dopaminu, incisivus = pronikavý – méně tlumí)
 - *haloperidol* (Haloperidol) – nejčastěji používaný v akutním stavu
 - *melperon* (Buronil)
 - *flufenazin* (Moditen depot.)
 - *flupentixol* (Fluanxol)

Depotní formy – dnes I. i II. generace

- používají se u nespolupracujících pacientů
- jednou za 4 týdny přijdou na injekci – mají efekt 1-4 týdny

Cíleně, dávky a délka dle vývoje stavu

NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY

- Hyperprolaktinémie – zvyšují prolaktin (růst mléčné žlázy a produkce mléka) – u mužů způsobují gynekomastii
- Zvyšují chuť k jídlu – zvýšení hmotnosti (o kila)
- Extrapiramidové příznaky – ovlivňují pohybový aparát
 1. ČASNÉ (objevují se na začátku)
 - **Parkinsonoid** (třes a svalová ztuhlost – často u předávkování nebo nadměrného dávkování)
 - **Akutní dystonie** (akutní záchvat křečí v oblasti zad, šíje, hlavy a okohybných svalů → bolestivé, nepříjemné přetočení očí (okulogyrní krize), člověk to vnímá, ale nemůže s tím nic dělat, bolestivé)
 - **Akatizie** (syndrom neklidných nohou) – přešlapuje, když stojí, i když leží
 2. POZDNÍ (objevují se po dlouhodobé léčbě antipsychotiky I. generace)
 - **Tardivní dyskinezy** (nepříjemné, společensky hendikepující, kontrakce svalů obličeje, úst, rtů a jazyka – špulení, grimasování – člověk je nemůže ovlivnit)
 - **Tardivní dystonie** (dlouhodobé stahy velkých svalových skupin, hází ho to do nějakých pozic)
- **!!!MNS = maligní neuroleptický syndrom!!!**
 - Při silném předávkování → potenciálně smrtelný stav (maligní = zhoubný)
 - Provází ho:
 - Delirium až koma (dezorientace, porucha vnímání...)
 - Svalová rigidita, třes, křeče
 - Horečky (> 38°), pocení, riziko dehydratace
 - Změny fyziologických funkcí (TK (krevní tlak), TF (tepová frekvence), dýchání)
 - Rozvrat vnitřního prostředí (leukocytóza = rozpad bílých krvinek)
 - Může dojít k rozpadu svalové tkáně
 - Nutná hospitalizace (na JIP)!

THYMOPROFYLAKTIKA

= stabilizátory nálady

- působí antidepresivně a antimanicky (brání manickým výšinám a depresivním propadům)
- Indikace: rekurentní deprese (vrací se deprese), bipolární porucha

+ také na tlumení agresivních projevů

+ některé i na tlumení bolesti

+ některé i na léčení epilepsie

- užívat DLOUHODOBĚ, PRAVIDELNĚ, CÍLENĚ!!

1. KLASICKÁ THYMOPROFYLAKTIKA

- *lithium* (Lithium carbonicum, Contemol)
- má prokázaný **antisuicidální efekt**
- je potřeba **kontrolovat jeho hladinu v krvi – lithémie** (pokud je ho málo, je neúčinný, pokud je ho moc, převládá toxické účinky léku – pro terapeutické působení je potřeba ho udržovat někde mezi)
 - antiepileptika
 - *valproát sodný, kyselina valproová* (Everiden, Orfiril, Depakote, Depakine, Chrono, Convulex) – opět **nutná kontrola hladin**
 - *karbamazepin* (Biston, Tegretol, Neurotop) – opět **nutná kontrola hladin**
 - NOVÁ GENERACE THYMOPROFYLAKTIK – neřadí se již do klasických
 - *lamotrigin* (Lamictal, Plexxo) – používá se i v těhotenství, protože jako jediné thymoprofylaktikum nepoškozuje plod

2. DÁLE SE KE STABILIZACI NÁLAD POUŽÍVAJÍ:
 - **Blokátory kalciového kanálu** (používají se v interně)
 - **Atypická antipsychotika** (mají také thymo-stabilizující efekt)
 - olanzapin, amisulprid, quetiapin, risperidon, suprid

CAVE! Klasická thymoprofylaktika mají teratogenní účinky – hrozí poškození plodu (odumření, potrat!)

→ je potřeba spolupráce gynekologa s psychiatrem

→ žena je může užívat v těhotenství, ale je potřeba v takovém případě těhotenství plánovat! – můžou se pak nasadit jiné léky s dostatečným předstihem (do té doby se nedává jiná látka, protože z hlediska léčby mají thymoprofylaktika vysokou účinnost)

HYPNOTIKA

Léky na spaní

III. GENERACE („Z-PREPARÁTY“)

- používají se dnes na prvním místě
- působení není dlouhodobé, lék by si měl vzít člověk těsně před spaním
- menší riziko závislosti (pozor, ale stále hrozí!)
- navozují relativně přirozený spánek (nezkracují REM-fázi)
 - *zolpidem* (Stilnox, Hypnogen, Eanox)
 - *zopiklon* (Imovate, Zopiclon)
 - *zalepton* (Zerene)

IV. GENERACE

- začnou působit za delší dobu, v řádu hodin, někdy nástup i druhý den
- účinky látek navozujících přirozený spánek
 - *melatonin* (Melatonin) – nejpřirozenější
 - *ramelteon* (Ramelteon)
- nesmí se pominout spánkové rituály, vliv prostředí!

II. GENERACE (BENZODIAZEPINY)

- hrozí závislost
- snižují počet nočních buzení × zkracují REM-fázi (ovlivňují paměť)
- také lze používat jako léky proti úzkosti – mají tlumivý účinek
 - *triazolam* (Halcion)
 - *midazolam* (Midazolam, Dormicum)
 - *flunitrazepam* (Rohypnol)
- užívat **krátkodobě a cíleně!**

I. GENERACE

- **obsoletní** (jsou zastaralé, neužívané, nevyrábí se a nesmí se používat)

HYPNOTICKÝ EFEKT JINÝCH LÉKŮ:

- některá AD (lze využít např. III. generace)
- některá antipsychotika (v nižších dávkách!)
- antihistaminika (používají se na kožní alergie)
- promethazin (Prothazin)
- někdy se tlumivého účinku využívá pro usínání (výhoda, že nejsou návykové)

PSYCHOSTIMULANCIA

Zvyšují koncentrace adrenalinu + dopaminu

Indikace:

- narkolepsie (záchvatovité upadání do spánku)
- ADHD

Je potřeba vyladit dávku přesně podle osoby

- *metylfenidát* (Ritalin)
- *efedrin* (Ephedrin)

Do stejné skupiny patří amfetamin (metamfetamin) (Pervitin) – v ČR vysoký výskyt uživatelů

Cíleně, dávky a délka dle vývoje stavů

Nutná evidence!

NE s IMAO (inhibitor amino-oxidázy), NE s kofeinem (vč. koly)

NEUROPROTEKTIVA

Podporují metabolismus, chrání neurony – v důsledku zvyšují a zlepšují kognitivní funkce – paměť a myšlení (bez postižení při užívání)

KOGNITIVA

- zvyšují koncentraci acetylcholinu tím, že **inhibují acetylcholin esterázu** (enzym, co rozkládá acetylcholin) – logicky pak začne hladina acetylcholinu stoupat
 - o acetylcholin (ACH) – mediátor – který má vztah k paměti
- používají se k léčbě DAT (dementia Alzheimerova typu – ničí neurony, které produkují acetylcholin)
 - *donepezil* (Aricept)
 - *rivastigmin* (Exelon)
 - *galantamin* (Reminyl)
 - *takrin* (Cognex)
- nasazování musí být pozvolné
- kontrola nežádoucích účinků (zvracení, nevolnost...)
- brát spíše dlouhodobě – závisí na stádiu nemoci

NOOTROPIKA

- podporují metabolismus, prokrvení, zlepšují využívání kyslíku
- indikace: u některých typů demencí, po mozkových příhodách, po úrazech (ve vysokých dávkách)
 - *piracetam* (Piracetam, Nootropil, Kalicor, Geratam, Oikamid)
 - *pyritinol* (Enerbol, Encefabol)
 - *ginkgo biloba* (Tanakan, Tebokan, Gingium)
- užívat **cíleně a spíše dlouhodobě** (podle stavu)
- acetylsalicylová kyselina (Anopyrin) – snižuje tendenci krve ke srážení, užívá se v kombinaci s nootropiky, u mozkových zranění vznikají v mozku krevní sráženiny, které brání výživě neuronů, podporují tedy prokrvení mozku
 - o není nootropikum

ANTAGONISTÉ NMDA-RECEPTŮ

- N-metyl-D-aspartátové receptory (pro glutamát) – mají vliv na DAT
 - *memantin* (Ebixa, Axura)
 - **CÍLENĚ, SPÍŠE DLOUHODOBĚ!**

CENTRÁLNÍ VAZODILATANCIA

- vliv na mozkové cévy (roztahují je) a vlastnosti krve (tekutost, větší proudivost)
 - xantinové deriváty – *pentoxyfyllin*
 - ergotové alkaloidy – *nicergolin*, *kodergocin*
- po mozkových příhodách, u některých organických onemocnění
- využití hlavně v interne

FARMAKOTERAPIE V SEXUOLOGII

Vliv **negativní** – oslabení či tlumení

Vliv **pozitivní** – posílení či zlepšení

→ využívá se oboje

LÉČBA PORUCH EREKCE

- inhibitory fosfodiesterázy-5 (PDE-5)
 - o blokují rozklad cGMP (cyklický guanozin monofosfát) – „sekundární posel erekce“ (udržuje erekci) – čím rychleji se rozloží, tím rychleji erekce vymizí
- *sildenafil* (Viagra, působí 30-60min po požití)
- *tadalafil* (Cialis, působí do 30min po požití, a po dalších 36h zvyšuje erektilitu)

- *vardenafil* (Vardenafil, působí za 15-45min po požití)
- Další formy léčby poruch erekce:
 - androgeny – mužské pohlavní hormony (injekčně i p.o.)
 - autoinjekční aplikace alprostadilu do kořene penisu (používají se u neurologických onemocnění, po úrazových stavech)
 - podtlakové erektory
 - chirurgie (při těžkých onemocnění zavedení tělesa do penisu)

LÉČBA PŘEDČASNÉ EJAKULACE

- zkracuje se délka sexuálního dráždění (také závisí na hormonální hladině a sexuální abstinenci)
- snižování citlivosti penisu
- serotonergní antidepresiva (fluoxetin, paroxetin, sertralin, klomipramin)
- lokální anestetika (ve formě mastí)

LÉČBA PORUCH SEXUÁLNÍ PREFERENCE (PARAFILÍ)

- Používají se látky, které snižují sexuální apetence (touhy)
 - antiandrogeny (cyproteron acetát – CPA)
 - gestageny (zvyšují odbourávání testosteronu)
 - analoga gonadoliberinu (snižují produkci testosteronu)
 - antipsychotika (II. generace)
 - antidepresiva (SSRI)
 - chirurgická kastrace (odstranění varlat)

PSYCHOFARMAKOTERAPIE V RŮZNÝCH OBDOBÍCH ŽIVOTA

FARMAKOTERAPIE TĚHOTNÝCH A KOJÍCÍCH ŽEN

- Některé léky přecházejí do mléka
- Nutno zvážit zisky a ztráty – rozkolísaný stav ženy
- Je potřeba uvažovat za dva
- Čím méně léků, tím lépe (ideálně nic)
- Nezbytná spolupráce gynekologa a psychiatra
- Monoterapie – moc ne, ale pokud tak s nejnižšími dávkami
- Thymoprotektiva (lamotrigin, olanzapin)
- Antipsychotika (II. generace)
- NE: lithium, karbamazepin, valporát (mohou způsobit rozštěpy a viditelné malformace)
- NE: anxiolytika (pokud – tak krátkodobě působící a v nízkých dávkách – prochází totiž přes placentu a mají vliv na kognitivní funkce)

FARMAKOTERAPIE DĚTÍ

- Dítě není malý dospělý, má jinou zralost
- Některé léky v dětském věku jsou zcela nevhodné – v žádném případě upravování dávky podle váhy!

FARMAKOTERAPIE VE STÁŘÍ

- CAVE! polymorbidita (výskyt více nemocí, potíží najednou) a polyfarmakoterapie (více léků)
- Začínáme nejnižšími možnými dávkami, navyšujeme pomalu a postupně
- Systém: co nejméně medikamentů, co nejjednodušší režim (když už víc léků, nastavit to spíš, ať to bere podobně jako ostatní léky)
- Opakovaná poučení

CAVE!

FARMAKOREZISTENCE

- = dostatečná dávka léku (adekvátního – cíleně indikovaného), podávaného dlouhou dobu
 - pseudofarmakorezistence (není adekvátní lék, není dostatečně dlouho, není správná dávka)
 - u některých typů onemocnění (farmakorezistentní formy deprese nebo schizofrenie), při užívání antibiotik

LÉKOVÉ INTERAKCE

= dané spolupůsobením a kombinací více farmak najednou,

- přednostně princip monoterapie
- stupně závažnosti:

1. stupeň – klinicky nevýznamné (nemusí se projevit, nebo jen trochu)
2. stupeň – klinicky významné
3. stupeň – život ohrožující
 - riziko intoxikace

DALŠÍ FORMY BIOLOGICKÉ TERAPIE:

ECT = ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIE

- u těžkých nebo farmakorezistentních forem deprese a schizofrenie
- má **nejvyšší účinnost** – pozor na správnou indikaci
- předtím musí být vyšetřen **internistou, očním lékařem** (aby nedocházelo k nitrolebečnímu tlaku)
- aplikace v **celkové anestezii + myorelaxancia** (uvolnění svalů – prodýchávání kyslíkem)
- aplikace elektrod na spánky
- vývoj trvá zlomky sekund, mozkem projede krátkodobý elektrický impuls
- k zabránění pokousání jazyka nebo dutiny ústní – dává se roubík
- **intenzivní**: aplikace obden (8-12dnů), **udržovací** (dle protokolu)
- (moc nevíme, jak to funguje, ale víme, že dochází k lepší funkci mediátorů)
- nežádoucí účinky: poruchy paměti (většinou vymizí)
- u dětí se většinou nepoužívá
- před ECT se vysazují léky a je nalačno (aby nedošlo ke zvracení)
- provádí ji min. 4 lidi, drží pacienta

TMS = TRANSKRANIÁLNÍ MAGNETICKÁ STIMULACE

- neinvazivní – působí přes lebku
- stimulujeme a působíme magnetickým polem, které generuje lokální elektrické proudy – ty ovlivňují mozkové neurony
- výhoda: bez uspání

FYTOTERAPIE

- léčba pomocí bylin a bylinných přípravků
- použitelná v určité míře, u určitých onemocnění
 - o u mírných depresí – např. třezalka tečkovaná (lékové interakce – antikoncepce, léky na srdce a krevní tlak), šafrán setý
 - o kognitivní funkce – např. jinan dvoulaločnatý (Ginkgo biloba), ženšen pravý
 - o spánek – (ke zkoušce nějaké znát) např.:
 - kozlík lékařský
 - meduňka lékařská
 - levandule lékařská
 - chmel otáčivý
 - o je třeba dbát na to, které části rostlin lze užít a jakým způsobem a které části se užívají (louhování, lisování, ...)

FOTOTERAPIE

- léčba pomocí světla
- už u starých Egypťanů
- používají se lampy, které září intenzivním světlem (větší hladina luxu, než u normálních zářivek)
- vyrábějí se i svítilny, které imitují přirozené denní světlo
- ovlivnění hormonální produkce, biorytmů
- využití u některých typů depresí (např. sezónní deprese)

AKUPUNKTURA

- u nás řazena spíše do alternativního směru
- patří do čínského lékařství s tisíciletou lékařství
- u nás již postupně řazena do fakultních nemocnic a objevují se první kvalitní publikace
- provázáno s celostním přístupem

POHYB A RELAXACE

- dbát např. u deprese
- působí na mozek, tak že normalizují některé mediátory
- pohybové aktivity např. vytváří dopamin ad.

2) SOCIÁLNÍ PSYCHIATRIE

- pojem byl poprvé použit v USA na přelomu 19. a 20. století v souvislosti s tehdejšími zjištěním užitečnosti účasti sociálních pracovníků v péči o jedince s duševní poruchou
- později nabyl pojem širší význam → šlo o takovou orientaci oboru, která kladla zvláštní důraz na účast sociálních faktorů při vzniku, průběhu, léčení a rehabilitaci duševních poruch a snažila se odpovídat poznatky, hlavně ze sociálních věd, aplikovat v klinické praxi
- synonymem pojmu sociální psychiatrie je „komunitní psychiatrie“

ZMĚNY V ÚSTAVNÍ PÉČI V RÁMCI SOCIÁLNÍ PSYCHIATRIE

- z výzkumů amerických sociologů vzešel poznatek, že psychiatrické nemocnice vytvářejí natolik pokřivené prostředí, že jejich obyvatelé jsou nuceni se přizpůsobovat způsobu, který jsou interpretovány jako psychické symptomy
- sociálně psychiatrické hnutí vyvodilo z výzkumů praktické závěry:

→ **Systém otevřených dveří** – zastánci komunitní psychiatrie chtěli, aby z ústavních zařízení vymizely zámky a mříže v podstatě na všech odděleních; přítomnost pacientů na oddělení měla být zajištěna propracovaným režimem a stálou prací personálu s pacienty

→ **Atmosféra lůžkového zařízení** – v období rozkvětu sociální psychiatrie se jedním z ústředních bodů zájmu stal program naplněný promyšlenými aktivitami + *terapeutický faktor* – pracovní terapie, arteterapie, sportovní činnost, kulturní akce...

+ *estetika prostředí* → snaha o co největší přiblížení vybavení a vzhledu běžnému, tj. domácímu prostředí + složení pacientů → muži i ženy společně, aby to bylo jako v běžném prostředí

→ **Terapeutická komunita** – patřila k propagovaným principům sociální psychiatrii, vzájemný terapeutický potenciál pacientů

→ **Důraz na mimoústavní péči** – pomoc pacientům v jejich původním prostředí, krizová intervence přímo v domácím prostředí pacienta, prvořadý důraz na síť ambulantních zařízení + snížení náhlých hospitalizací

SOUČASNÝ STAV

→ systém otevřených dveří je dnes v podstatě neuskutečnitelná záležitost; všemožná diferenciaci nemocných je považována za vědecky podložené optimum; za terapeutickou komunitu je často považována běžná vizita; systém kvalitních rehabilitačních procedur je obvykle dostupný pouze jedincům, kteří již nejsou ošetřováni na uzavřených odděleních

3) SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO OSOBY S DUŠEVNÍ PORUCHOU

- síť zařízení pečujících o duševně nemocné je v naší zemi zastoupena především ve zdravotnickém sektoru (mimo tento sektor je to také oblast sociálních služeb, oblast výchovy a školství a nestátní organizace)

LŮŽKOVÁ PÉČE - STÁTNÍ PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNY A PSYCHIATRICKÉ ODDĚLENÍ NEMOCNIC

- velké centralizované systémy jednají unifikovaně (potřeba většiny se rovná potřebě jedince)
- Psychiatrické léčebny, Psychiatrická oddělení nemocnic, Psychiatrické kliniky fakultních nemocnic, Domovy důchodců se specializovanou psychiatrickou péčí (rozvinuta psychogeriatrická péče → ošetrovací a azylová péče o osoby, které není možno umístit v podmínkách chráněného bydlení), Lázeňská psychiatrická zařízení (obnova nebo částečná náhrada psychických funkcí člověka)

AMBULANTNÍ PÉČE - NEJČASTĚJŠÍ MÍSTO PRVNÍHO KONTAKTU PACIENTA S ODBORNÝMI SLUŽBAMI

- jejich úkolem je diagnostika, léčba, rehabilitace, posuzování a prevence duševních poruch
- dále: ambulance veřejné psychiatrické péče, ordinace AT (alkohol–toxikomanie) pro prevenci a léčbu závislostí, psychiatrické ambulance pro děti a dorost, ambulance psychiatrické sexuologie, ambulance pro poruchy příjmu potravy, ambulance klinického psychologa

ORDINACE KLINICKÝCH PSYCHOLOGŮ

- do ambulancí klinických psychologů přicházejí pacienti na doporučení lékaře

KOMUNITNÍ SLUŽBY

- prosazují péči co nejvíce přístupnou lidem
- respektuje individuální potřeby člověka + umožňuje život v přirozeném prostředí s minimální hospitalizací mimo komunitu

4) KONTAKTNÍ A KRIZOVÉ SLUŽBY, DOMÁCÍ LÉČBA

- jde o bezprostřední psychologickou pomoc v náhle vzniklých situacích, které pacient není schopen sám zvládat
- dle aktuální situace v místě bydliště pacienta nebo v zařízení k tomu určeném
- pracoviště poskytující tuto službu zprostředkovává další následné potřebné služby
- kratší trvání, zaměřena na zvládnutí akutního problému

TELEFONICKÁ A INTERNETOVÁ POMOC

- inicioval Skála založením linky důvěry, která měla významnou úlohu v prevenci sebevraždy, sebepoškozování a dalších forem autoagrese
- výhodou TKI je anonymita, nevýhoda: omezuje možnost účinného terapeutického působení

SLUŽBA S MOŽNOSTÍ PŘESPÁNÍ

- pacient v krizi je oddělen od svého domácího prostředí, pobyt 1-2 týdny
- tato služba se rozděluje na 2 základní typy: - samostatná krizová lůžková centra X jednotky akutní pomoci v odd.nemocnice

MOBILNÍ SLUŽBA

- většinou je služba přivolána rodinou pacienta, sousedy nebo policií, jen zřídka ji zavolá sám pacient → většinou pacient, který nemá náhled na svůj psychický stav, chová se abnormálně a není schopen či ochoten přivolat si pomoc

DOMÁCÍ LÉČBA

- varianta mobilní krizové služby, vyvarování se tak nutnosti hospitalizace

KRIZOVÉ KONTAKTNÍ CENTRUM

- pomoc poskytovaná v prostředí pomáhajícího, pacient si sem dochází pro pomoc sám

TERÉNNÍ PRÁCE S KLIENTEM (TERÉNNÍ TÝM, ASISTENČNÍ SLUŽBA)

- terénní práce je poskytování individuální pomoci klientovi v domácích podmínkách
- může to být pomoc ve formě výběru další vhodné služby

CASE MANAGEMENT (PŘÍPADOVÉ VEDENÍ)

- zprostředkování služeb, vyjednávání s dalšími institucemi
- zaměřuje se na zdravé stránky klienta více než na jeho psychopatologii; vyznačuje se flexibilitou; intervence jsou založeny na klientově rozhodnutí a souhlasu
- cílem případového vedení je převážně snížení počtu hospitalizací, lepší stabilita bydlení a vyšší kvalita péče za stejnou nebo nižší cenu

PODPORA V BYDLENÍ

- programy podpory bydlení lze rozdělit na 2 oblasti: - programy jako alternativa hospitalizace – léčebné komunity, které jsou velmi efektivní zvláště pro akutní pacienty X programy zaměřené na podporu dovedností, samostatnosti...

PODPOROVANÉ BYDLENÍ

- je poskytována v klientově domácím prostředí → určena lidem, kteří již samostatně bydlí ve vlastním a potřebují k tomu podporu; asistenti těmto klientům pomáhají

TRÉNINKOVÉ BYDLENÍ

- cílem je resocializace nemocného a jeho příprava na samostatný a soběstačný způsob života

BYT NA PŮL CESTY

- byt na půl cesty je časově omezená služba pro klienty, kteří chtějí bydlet samostatně, nezávisle na rodině nebo léčebně, ale zatím ještě v chráněných podmínkách
- podmínkou je ochota mít i vlastní aktivity mimo bydlení + motivace ke změně
- do těchto bytů pravidelně dochází asistent, který je k dispozici k individuální spolupráci

DŮM NA PŮL CESTY

- forma podporovaného bydlení v domech, kde žije více pacientů pohromadě
- domy na půl cesty dodržují určitá programová pravidla, aby splnily cíl → podporu a zvýšení nezávislosti pacienta - klienti se zde učí za asistence pracovníka nakupovat, vařit, udržovat pořádek, zacházet s penězi...
- délka pobytu limitována

DLOUHODOBÉ CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ

- poskytuje klientům podle individuální potřeby takovou podporu, aby mohli vést běžný život v co nejvyšší možné míře
- existují 2 typy služeb tohoto programu: léčebné komunity X programy zaměřené na posílení samostatnosti

PODPORA V PRÁCI

- cílem udržení, obnovení a zlepšení pracovních dovedností a sociálních vztahů, které jsou s prací spojeny
- zaměstnanost může tedy sloužit jako ochranný faktor proti relapsu symptomů a pomáhat člověku proti stresu...

CHRÁNĚNÁ DÍLNA

- jedná se o pracoviště, které má vhodný výrobní program a kapacitu
- pracovní doba je zkrácena a prostředí pro práci vyvolává nízký tlak na pracovní výkon

PŘECHODNÉ ZAMĚSTNÁVÁNÍ

- klienti na časově omezenou dobu zařazování na vybraná pracovní místa v běžných pracovních podmínkách za individuální podpory sociálních pracovníků

PODPOROVANÉ ZAMĚSTNÁVÁNÍ

- odborníci vyhledávají vhodná pracovní místa v běžných pracovních podmínkách → na tato pracovní místa jsou poté zařazovány osoby s duševní poruchou, a to bez časového omezení

- sociální pracovníci stále k dispozici, aby mohli v případě potřeby poskytnout klientovi potřebnou podporu

JOB CLUB (KLUB PRO ZAMĚSTNANÉ)

- job club se zaměřuje na trénink práce duševně nemocných a na samostatné aktivní shánění pracovního uplatnění (např. vlastní prezentace při pracovním pohovoru)

SOCIÁLNÍ FIRMY A SOCIÁLNÍ SLUŽBA

- samostatně provozované podniky, které představují specifická pracoviště pro osoby s duševní poruchou; jsou zapojeny do běžného trhu - setrvání není časově omezeno

DENNÍ, NOČNÍ STACIONÁŘ

- jsou přechodnou formou mezi hospitalizací a pobytem mimo lůžkové zařízení
- slouží k intenzivnější a systematictější péči, kterou nelze poskytnout v ambulanci
- nemocný dochází ráno na oddělení k lékařské vizitě, účastní se terapeutických aktivit a po jejich skončení se vrací v odpoledních hodinách domů
- denní stacionář může mít různé formy:

a) zaměřený na krizovou intervenci (slouží k zabránění hospitalizace pro všechny krizové stavy a nemoci a umožňuje udržení sociálních vztahů)

b) rehabilitační denní stacionář (slouží ke zkrácení doby hospitalizace a postupnému zapojování převážně chronických pacientů do sociálních vztahů)

DOMÁCÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE (HOME CARE)

- určena osobám, které bydlí doma a potřebují pomoc a podporu
- může to být léčba v domácím prostředí, při které je poskytována medikace, ošetrovatelská péče, podpůrná psychoterapie...

INFORMAČNÍ CENTRA A PORADENSKÁ ČINNOST

- podílí se mnoho osob a organizací

INFORMAČNÍ CENTRA

- poskytují informace o službách a možnostech, které mohou zmírnit nebo vyřešit obtížnou situaci - poskytované info se týká otázek sociálního pojištění, podpory, pomoci nebo systému zaměstnávání

PORADENSKÁ ČINNOST

- v poradenské činnosti je poskytována přímá pomoc lidem při řešení jejich sociálních problémů
- zahrnuje sociální pracovníky, psychology, psychiatry, speciální pedagogy, sociology, právníky...

VOLNÝ ČAS, KLUBOVÁ ČINNOST

- účelem klubové činnosti je společné trávení volného času, vzájemná pomoc...

CENTRUM DENNÍCH AKTIVIT

- poskytují celodenní programy se zaměřením na podporu sociálního zázemí pacientů

SVÉPOMOCNÉ KLUBY

- jsou to samostatně se zakládající společenství stejně postižených lidí, např. lidí postižených psychózou - každý ze členů dochází do skupiny, aby pomohl sám sobě, ne aby pomáhal ostatním, typickým znakem klubů je nepřítomnost profesionálů

17. PSYCHOANALÝZA, HLUBINNÁ PSYCHOLOGIE A DYNAMICKÁ PSYCHOTERAPIE

PSYCHOANALÝZA

- zakladatelem je Sigmund Freud
- hybné síly zodpovědné za dynamiku osobnosti – **Eros a Thanatos** (pud slasti a smrti)
- tyto instinkty vycházejí ze základní tělesné podstaty organismu
- jedinec touží po uspokojení pudů, to vede ke konfliktu se společenskými normami
- jedinec si tedy vytváří obranné mechanismy = vnitřní kontrola, omezují pudy
- obranné mechanismy (OM) – funkce regulační, ochrana jedince před uvědoměním vnitřních tužeb (následný pocit viny a úzkost)
- jádro osobnosti – **nevědomý konflikt** mezi sexuálními a agresivními pudy, spol. normami a OM
- konflikt – intrapsychické střetnutí mezi některými ze složek
- aktuální neurózy (neurastenie, úzkostná neuróza) – poruchy vegetativní nervové soustavy
- psychoneurózy (hysterie, fobická a obsedantní neuróza) - hlavní zájem psychoanalýzy, příčina v nevědomí, symptomy jsou symbolickými projevy nevědomých konfliktů a pudů
- primární pudy (sebezáchovný, sexuální), sekundární pudy (estetické, sociální, etické, náboženské)

TEORIE OSOBNOSTI

A) **Traumatický model** – trauma se disociuje od vědomí, psych. potíže

B) **Topografický model psychiky** – vědomí, předvědomí a nevědomí

- obsahy předvědomí lze vyvolat do vědomí

- obsahy nevědomí nejsou přímo dostupné vědomí, ale mají vliv na jednání

- obsahem nevědomí jsou pudové tendence, které mají rozhodující význam pro vývoj osobnosti a vznik neuróz

C) **Strukturální model psychiky** – Id, Ego a Superego

- základní pudy prodělávají svůj vývoj s vývojem člověka-> *vývoj libida*
- fáze 1. - 3. autoerotické zaměření

TOPOGRAFICKÝ MODEL

- **VĚDOMÍ**
 - o Sledování a ovládání sebe sama
 - o Exekutivní, sebehodnocení (plánování, zahajování...)
- **PŘEDVĚDOMÍ**
 - o vybavíme si, vyhodnocování podnětů, které nejsou přítomny (vyvolat), oblasti zkušenosti – dříve prožité
- **NEVĚDOMÍ**
 - o Vzpomínky, impulzy, tužby
 - o Vědomí nedostupné
 - o Vytěsněny
 - o Ovlivňují vědomí – činy→ nepřímo a maskovaně

STRUKTURÁLNÍ MODEL

- **ID**
 - o Nejprimitivnější
 - o Princip **slasti** (bezprostřední uspokojení)
 - o Biologické impulsy
 - o Sexuální, agresivní pudy
 - o Hédonický, nemorální
- **EGO**
 - o Řídí, ústřední složka osobnosti
 - o Hl. role – zprostředkování – pudovými touhami ID a vnější svět
 - o Cíl – přežití osoby + reprodukce
 - o Princip **reality** (skutečnosti)
- **SUPEREGO**
 - o zvnitřněna reprezentace – hodnot, morálky společnosti

- svědomí jedince
- obraz – ideálně mravné osoby, sebehodnocení
- vyvíjí se – interakce RxD
- genitální charakter – nejvyvinutější
- princip **dokonalosti**
- hl. funkce – brzdí ID, ovlivnit EGO, dokonalost

FÁZE PSYCHOSEXUÁLNÍHO VÝVOJE

1. ORÁLNÍ STÁDIUM (DO 18MĚS)

- zdroj libosti – ústa, uspokojování sáním, později také kousání, žvýkání
- fáze se diferencuje na :
 - orálně-inkorporativní (pasivní příjem)
 - orálně-agresivní (zuby, kousání dítěte) – aktivní příjem
- orální potřeby jsou intenzivní a neodkladné, uspokojení závislé na rodičích
- fixace je vývojové pozastavení komplikující přechod k dalším vývojovým stádiím
- stupeň uspokojování orální potřeby může mít vliv na vývoj osobnostních rysů (gratifikace – udržení blaženého stavu – optimismus, naivita, manipulativnost, naopak při restrikci pesimismus, podezřavost)
- Rozvoj primitivních obran:
 - **Popření** – pokus vyloučit orální potřeby z vědomí
 - když to nevidím, tak to neexistuje
 - psychotická obrana, vidím jinak realitu
 - **Projekce** – symbolicky „plive potravu, zvrací, vyvrhuje, co není dobré do okolí“ – své nepříjemné vlastnosti připisuje ostatním
 - **Inkorporace** – vše z okolí přijme jako sobě vlastní, nekriticky – jako malé dítě si dělá sebeobraz podle názorů druhých
- orální charakter = interpersonální závislost (na začátku ok, pak začnou lézt lidem tou závislostí na nervy & blbě snášejí ztrátu, separaci, popírají vše negativní v minulosti)
- dvě zákl. formy fixace (vývojové zaseknutí)
 - **po gratifikaci** – optimismus, domýšlivost, naivita, obdiv -> vyhledává závislé vztahy, hledání obdivu, podpory
 - **po frustraci** – pesimismus, podezřavost, sebeobdiv, pasivita -> energii investuje do náhražkového uspokojení (drogy, kouření, jídlo až vydírání, pasivní agresivita)
- OM: popření (vyloučit orální potřeby z vědomí; když to nevidím, tak to neexistuje; psychotická O, vidím jinak realitu), pak projekce (symbolicky „plive potravu, vyvrhuje, co není dobré do okolí“ – své nepříjemné vlastnosti připisuje ostatním) a primitivní inkorporace (vše z okolí přijme jako sobě vlastní, nekriticky, jako malé dítě – obrany dle názorů druhých)

2. ANÁLNÍ STÁDIUM (18MĚS–3ROKY)

- zdroj libosti – konečník, uspokojení zadržováním a vypuzováním stolice
- centrum slasti v oblasti vylučování & jeho kontroly (první velký střet mezi jedincem a jeho okolím – udržování čistoty -> Konfrontace s rodičovskými pravidly)
- toaletní trénink, dítě je konfrontováno s pravidly čistoty a hygieny
- je třeba netlačit příliš brzo, pod 1 rok je docela málo, nebýt chladný & netrestat -> dítě je zároveň v období vzdoru, vztekání, & tohle může ovlivnit jeho regulaci agresivity – mohou ji skrývat za různá pravidla a normy
- nadměrné požadavky rodičů – pořádkomilovnost, šetrnost, tvrdohlavost
- nadměrná shovívavost – nepořádnost, plýtvání, uvolněnost
- konflikt mezi instinktivní touhou a kulturními požadavky (první konfrontace)
- anální charakter = obsedantní, nutkavě pečlivý
- Specifické obranné mechanismy
 - **Přeměna v opak** (dítě dělá to, co nemá rádo, ale deklaruje, že je to jeho přání)
 - **Odčinění** (souvisí s rozvojem řeči; když deklaruje vinu a lítost, okolí mu promine)
 - **Izolace** (cośi v naší psyché se odděluje od sebe – myšlení & cítění, přání & deklarace,...)
 - **Intelektualizace** („z řady problémů se dá vykecat“)
- 2 formy fixace
 - **po benevolenci** – nepořádnost, lenivost, nespolehlivost, rozhazovačnost (nechození do školy -> léčit jako nutkavou obsesi, úzkost z nedostatečné připravenosti -> vyhýbají se)

- **po restrikcích** – uzavřenost, pedantnost, spořivost atd.

3. FALICKÉ STÁDIUM (3–6LET)

- zdroj libosti genitálie, zvýšený zájem o vlastní pohlaví, experimentování s masturbačním chováním, zájem o opačné pohlaví, zvědavost (ukazování vlastních genitálů)
- oídiopovský komplex – nevědomý erotický vztah a incestní přání vůči rodiči opačného pohlaví, zároveň rodič stejného pohlaví – rival (ženská forma Elektřin komplex)
- kastráční úzkost u chlapců a závidění penisu u dívek -> řešení vytěsnění sexuální touhy, ztotožnění s rodičem téhož pohlaví, přijetí morálních norem
- fixace vzniká jako reakce rodičů na experimentování s genitály (gratifikace – pyšnost, domýšlivost, společenskost, restrikce – sebenenávist, skromnost, stydlivost)
- důležitá je regulace ze strany rodičů (příliš brzo postavení do dospělé sex. role, zdůrazňují vzhled x dítěti je zdůrazňováno, že je ošklivé)
- falický charakter – histrionství
- obranný mechanismus = **vytěsnění** (původně slouží k vytěsnění incestních tužeb, později nepřijatelných fantazií) – neurotická obrana (X popření = psychotická obrana)
- 2 formy fixace
 - **při gratifikaci** – domýšlivost, pýcha, koketérie, neomalenost
 - **při restrikci** – sebenenávist, stydlivost, opatrnost,

4. STÁDIUM LATENCE (6–11 LET)

- období relativního klidu
- vývoj sexuality se zastaví a pregenitální touhy jsou z velké části vytěsněny
- posílení bariér incestního vztahu

5. GENITÁLNÍ STÁDIUM (OD 11 LET)

- normální genitální sexualita, zaměřena vztahově, heterosexuálně, pokud vývoj proběhl bez patologických fixací
- genitální charakter představuje zralost – k jejímu dosažení je potřebná psychoanalýza
- genitální charakter – empatický
- Freud byl přesvědčen, že každý vstupuje do této fáze min. s 1 konfliktem – to se projevuje vznikem perverze nebo při potlačení vznikem neurózy
- libido v konfliktu se spol. a mravními normami -> *cenzura* (funkce Já) nevědomá pudová přání vytěšňuje do nevědomí
- fiktivní uspokojení přání ve snech, v posunuté či symbolické formě -> odhalování významů výklad snů
- Během vývoje může dojít k fixaci libida – ta se projevuje jako perverze nebo pak při potlačení libida jako neuróza

TEORIE PSYCHOPATOLOGIE

- každá osobnost do určité míry nezralá (symptomy odezní po dosažení zralosti)
- = urputná fixace na raná stádia se lpěním na nezralých obranách
- reakce jsou ovlivňovány procesem primárního myšlení (snaha o uspokojení pud. potřeb)
- zvýšená aktivace obran – zdroj psychopatologie
- symptomy mají obrannou a komunikační funkci (nepřímé vyjádření přání a potřeb, přitahují pozornost, způsob komunikace), sekundární zisk z nemoci
- přísné obrany -> neuróza
- rozvolněné obrany -> perverze
- při chybění superega -> poruchy osobnosti (psychopatie) (např. rozdíl mezi hysterií jako neurózou & osobností je v superegu – por. osobnosti je vyspěl s každým, neurotička uteče)
- pokud máme adaptibilní, zralé mechanismy, dokážeme vyřešit i složité situace
- proces primárního myšlení = myšlení dítěte bez rozvinuté logiky, pojetí časové kontinuity (přítomnost, minulost, budoucnost), myšlení založeno pouze na zkušenosti – pokud se objeví u dospělého, manifestuje se jako psychóza (ztráta logiky, pohledu na realitu, časovost)
- symptom má ochrannou fci – řeší konflikt
- Problematika fixace
- Nevědomá reaktivita a proces primárního myšlení
- Specifické obrany
- Role symptomů a sekundární zisky

TERAPEUTICKÝ PROCES

- cílem analýzy je „zdravý“ člověk (znalý sebe sama), který dosáhl genitálního stádia, je schopen zodpovědně pracovat, milovat druhé, radovat se ze života
- klíčový faktor je **vhled** (z nevědomého udělat vědomé, vč. patologických reakcí & jejich kořenů)
- aby byly symptomy odstraněny, musí být analyzován **odpor** pacienta (jako obrana jít do nového chování)
- podstatný je prožitek toho, že pudové hnutí není tak nebezpečné/ destruktivní, jak si čl. myslí
- klíč. role terapeuta je **zvyšování vědomí** (vhled pomocí interpretací), úkolem pacienta je poskytovat **volné asociace**
- opakované interpretace = **propracování** (& pak se doberou k finální interpretaci)
- pacient je tak prakticky vzděláván: učí se přemýšlet & stává se i expertem na psychoanalýzu (vidí, jak psychoanalytici přemýšlí)
- nutná součást analýzy:
 - o **přenos** vztahů z dětství na terapeuta (terap. vztah jako „pracovní společenství“ v atmosféře důvěry, rovnováha mezi vřelostí a nezájmem – terapeut jako „čistě projekční plátno“, na které pacient promítá; ne úplně autentický, nemusí sdělovat vše o sobě, ale neměli by být studené čumák & měli by se vyvarovat protipřenosovým reakcím)
 - o **interpretace snů** (coby obsah terapie, vedle fantazií apod.)
- v dnešní době už se protipřenos rozděluje na neškodný (lidský, normální reakce) & škodlivý (sex. zneužití, zneužití moci apod.)

TERAPEUTICKÝ VZTAH

- =pracovní společenství
- terapeut neutrální, rovnováha mezi vřelostí a nezájmem
- kontrola protipřenosu
- Indikace terapie – pečlivý výběr klientů, nutná schopnost testovat realitu, fantazie
- neurotické problémy, lidé vyžadující dlouhodobou spolupráci
- časová a finanční náročnost

INDIKACE PSYCHOANALÝZY

- neurotické poruchy, nutkavosti, silný tlak superega, svědomí, nedostatek seberealizace
- ne úplně psychotici & psychopati (špatně testují realitu)
- často i vzdělaní, inteligentní lidé (-> přemýšlejší o sobě + mívají dostatečné výdělky na poplacení terapie)
- v současnosti: ortodoxní freudiánská psychoanalýza se ještě udržuje, ale už je méně vlivná (v ČR je 8 tréninkových terapeutů; 5-7 let běžná doba; přísná hierarchie & opírání se o autoritu) & většinou nejedou na pojišťovny (taky mají málo pacientů)
- společnosti skupinové psychoanalýzy – víc členů, větš. v léčebnách; důraz na minulost, vztahy, dětství, přenosy, odpory; strukturovaný systém vzdělávání (po 4-5 letech skutečně výcvik dodělám)
- mívají variabilní ceny (podle příjmů klienta; aby je to nezruinovalo, ale zároveň to bylo dost na to, aby si nezvykli to zatahovat)

SOUČASNÍCI FREUDA PODÍLEJÍCÍ SE NA ROZVOJI PSYCHOANALÝZY

- **Wilhelm Stekel**
 - o aktivní psychoanalýza – zkoumání neuróz v dimenzi minulosti, přítomnosti, budoucnosti
 - o upouštěl od volných asociací, využití kontaktů s pacientovým okolím
- **Sandor Ferenczi**
 - o snaha o urychlení terapie
 - o důraz na lásku a permissivnost terapeuta, terapeut náhradou rodiče
 - o návrat k infantilním zážitkům navozením jejich znovuprožívání v nové atmosféře, která poskytne příležitost ke zpracování nevyřešených konfliktů
- **Otto Rank**
 - o Základní psychické trauma – *porodní trauma*, časově omezená terapie k překonání porodního traumatu
 - o důraz na rozvoj pacientovy vůle

- **Wilhelm Reich**
 - o význam úplného sexuálního uspokojení pro duševní zdraví
 - o práce s mimikou, pohyby, terapie využívající katarzi a terapii tělesných projevů

INDIVIDUÁLNÍ PSYCHOLOGIE ALFREDA ADLERA

- důraz na nevědomé procesy, ale kritika přecenění nevědomých sex. procesů
- A. Adler založil vlastní školu
- kritik přeceňování nevědomých popudů, zdůrazňoval i vědomou snahu a individualitu člověka -> „individuální psychologie“ – „vnímá život individua jako celek a interpretuje každý postoj a čin podle toho, jaký má jedinec postoj k životu
- založil prvních 30 dětských poraden -> výchovné poradenství, delikvence, práce s adolescenty
- teorie osobnosti: nevědomí je důležité pro vývoj osobnosti, ale více než sexuální pud je důležitý **životní cíl**, určovaný 2 hnacími silami:
 - o **usilování o nadřazenost** (snaha uplatnit se ve společnosti)
 - o **společenský cit** (potřeba začlenit se; soc. zájem)

TEORIE OSOBNOSTI

- nevědomí utváří osobnost
- Mezi **základní úkoly** člověka patří:
 - o vybudování dobrých mezilidských vztahů
 - o nalezení společensky prospěšného zaměstnání
 - o vybudování intimních vztahů
- chování je determinováno – tím, čeho chceme dosáhnout v budoucnosti
- vývoj osobnosti má dvě hnací síly: **usilování o moc a společenský cit** (soc. zájem)
- důležitý je **životní cíl**
- **usilování o nadřazenost** – snaha žít plnohodnotnější život; usilování o zlepšení Já je energetický zdroj osobnosti
- **komplex méněcennosti** – usilování o lepší Já plyne z pocitu člověka, že je nedokonalý
 - o může vycházet ze somatických problémů = „orgánová méněcennost“ nebo ze srovnávání se s ostatními z hlediska výkonu
 - o reakce -> snaha vyniknout nebo znehodnocující tendence -> vypořádávání se s komplexem méněcennosti
- **životní styl**
 - o se určuje na základě ranných dětských zážitků (pořadí dětí, výchova, stanovení cíle)
 - o aby se vyrovnal s méněcenností
 - o způsob, kterým člověk usiluje o superioritu
 - o tvoří se mezi 4. a 5. rokem
 - o roli hraje – sourozenecká konstelace, maskulinní protest, u žen snaha bojovat proti mužskému světu
- inferiorita
 - o pocity slabosti + nešikovnosti
 - o komplex inferiority – ti co dělají, že jsou třeba hloupí, slabí, ale ve skutečnosti všechny ovládá
- superiorita
 - o snaha být lepší
 - o komplex superiority – dělání se velkým, ale uvnitř pocit slabosti
- **sourozenecké konstelace**
 - o **prvorození** – tlak na zodpovědnost, trauma při sesazení z trůnu při narození mladšího sourozence -> stane se „strážcem starého pořádku“ (až konzervou)
 - o **druhorození** (prostřední) – flexibilnější, ambicióznější, sociálně zdatní, nadřazenost nad mladším sourozencem i nutnost se poddat staršímu
 - o **nejmladší** – zažívají jen péči -> problematičtí; riziko „mazánků“, lenochů X pocit méněcennosti, snaha dohnat sourozence, vyrovnat se jim -> soutěživí, ambiciózní
 - o **jedináčci** – zdůrazněná negativa nejmladších

- „**maskulinní protest**“ = pokud se muž necítí dost mužný, kritizuje maskulinní svět, ale zároveň se snaží v něm vyniknout -> experti na to, co je spojováno s mužstvím, „macho“ (zbraně, auta, holky, kulturistika...)
- **u žen** – žena tehdy spíše méněcenná, svět příliš mužský, málo naděje na úspěch -> snaha bojovat s muži, dokázat, že je v dané oblasti lepší než oni
- životní styl i jako jednota duševního života
- poznání živ. stylu je možné přes vzpomínky na dětství -> gró je rodinná anamnéza (pořadí, styly,...)
- komplex méněcennosti ani životní styl nejsou deterministické, významným faktorem utváření osobnosti je naše kreativita – chrání nás, abychom nebyly jen výsledkem biologických sil
- kompenzace nebo akceptace komplexu méněcennosti je důležitá pro duševní zdraví, s důrazem na rozvoj soc. citu
- životní problémy plynou z nekonstruktivního živ. stylu nebo nedostatku adaptivních způsobů, kterými se čl. vyrovnává s komplexem méněcennosti
- komplex méněcennosti není nemoc; patologií je jen tehdy, když člověka „sešrotuje“ a začne mu bránit se rozvíjet
- neuróza jako ztráta odvahy postavit se životu a jeho nárokům; neuróza je „omluvenka“, „útěcha“, může uměle zvyšovat hodnotu člověka
- **tvořivé já** (kreativní síla self)
 - o vytváří vědomý osobní cíl
 - o důležitá akceptace pocitů méněcennosti a jejich adaptivní kompenzace
 - o člověk nereaguje na prostředí pasivně, ale zaujímá k němu aktivní postoj
 - o umožňuje osobě využívat vrozené schopnosti a síly prostředí

PSYCHOPATOLOGIE

- nekonstruktivně sestavený životní styl, nedostatečné adaptivní způsoby vyrovnávání se s komplexem méněcennosti
- *neuróza* – příznak ztráty odvahy kompenzace komplexu méněcennosti společensky hodnotným způsobem, sekundární zisk z nemoci = fiktivní zvýšení vlastní hodnoty (zájem nebo výmluva)
- Komplikovaný životní styl (AKA psychopatologie) se buduje zejména v rodinném prostředí:
 - o **Rozmazlující, hyperprotektivní**
 - veškeré povinnosti dítěte jsou řešeny ostatními
 - dítě povinnosti skoro nemá, žije v pohodlí, ale zároveň se mu dostává skrytě zprávy, že není dost kompetentní, aby se o sebe postaralo
 - v dospělosti si nevěří, má sklon očekávat, že okolí se postará
 - vytváří se i deficit soc. citění (chybí empatie, pomoc druhému)
 - v životním stylu je přesvědčení, že ostatní jsou tu proto, aby se o mě postarali
 - vyhledává pozornost, vynucuje si ji (nedostatečná sebedůvěra, často jde do rizik. chování, drog apod. jako stimulů; časté u adolescentů)
 - o **dominantní až autoritářský**
 - také vede k pocit méněcennosti
 - dítě zažívá bezmoc v rozhodování o vlastním životě
 - jsou na něj kladeny velké nároky bez možnosti jim vzdorovat = podřadné společenské postavení
 - kompenzace: zisk moci, aby se do role ovládaného už nikdy nedostal -> „udělám si vše sám“, vedoucí pozice, boj o moc (v dospívání jako rebelství)
 - pasivní forma kompenzace: vyhýbavost, neochota ke kompromisu, pasivní agresivita; nebo: kompulzivní živ. styl (zvnitřní pedanta, plánují, ritualizují...)
 - o **zneužívající, agresivní**
 - deformace společenského citu -> touha překonat méněcennost pomstou (agresivita), pokořit protivníka
 - pasivní forma: pasivní agresivita (bezohlednost, zapomínání, nedodržování slibů...)
 - o **lhostejný až zanedbávající**
 - daný čl. nestojí druhým za pozornost, dítě je přehlíženo -> čl. jako oběť, sklon prožívat život jako porážku, prohru -> izolace, samotář („poradím si i bez vás“, „když mě nechcete, já vás taky ne“)

- experti na vlastní nedokonalost, sebelítost (není možné, aby se o mě druzí zajímali) – strhává pozornost tím, jaký „je ubožák“
- deficit společenského citu – 4 formy sobeckých osobních cílů
 - vyhledávání pozornosti
 - mstivost
 - usilování o mocenským
 - deklarace prohry a nedokonalosti

TERAPEUTICKÝ PROCES

- cílem je najít prostředek, který by přiměl člověka, aby **změnil svůj životní styl** (našel optimální) & aby se v něm vzbudil zájem o druhé:
 - **analýza** živ. plánu, definice cílů pro budoucnost
 - vedení pacienta ke **změně živ. stylu**, podporovat realistické postoje, reflektovat výchovu, upozornit na omyly
 - dodávat odvahu, **podporovat** činorodé řešení (chválit, oceňovat...)
- Terapeut: aktivní, poskytuje zpětnou vazbu, konfrontuje s omyly, poukazuje na pozitivní stránky pacienta, práce se sny, domácí úkoly (rozvoj sociálního citu, technika přistižení sebe sama, hra jakoby, práce se sny)
- terapeut hl. interpretuje propojení minulosti, přítomnosti a budoucnosti
- alfa a omega jsou **pozitivní stránky osobnosti** (v čem je silná, o co se může opřít) -> podpora v terapii
- analýza snů = alternativy chování (v období změn), charakter snů odráží i to, jak se mění životní styl člověka
 - zapomínání snů – přání odložit důležitý životní krok
 - noční můry – důležitost daného kroku
 - krátké a jednoduché sny – projev zdraví
- zapojení klientů do výkladu – aktivace tvořivého já
- zadávání domácích úkolů – rozvoj spol. citu (přistihnouti sebe sama, technika jako by)
- **terapeutický obsah** – komplex méněcennosti (akceptace), životní cíl a styl, orientace na pozitivní stránky osobnosti, sebeoceňování, rozvoj společenského citu
- indikace – všechny skupiny (př. mládež, delikvence)
- pracuje se i s domácími úkoly, např. „přistihněte sebe sama“ a) v páru, např. při kognitivním omylu, přílišném zobecnění aj. neadaptivním chování, nebo b) přistihnout se/druhého, když to dělá/m dobře, když se mi daří)
- hra „jako by“ (jednejte, jako by jednal někdo jiný, nasad'te si masku)

ANALYTICKÁ PSYCHOLOGIE CARLA GUSTAVA JUNGA

TEORIE OSOBNOSTI

- **osobnost** = psyché – jednota zahrnující myšlení, cítění, chování
- cílem lidského chování není jen uspokojit sexuální pudy (X Freud), stejně tak jako není cílem pouze uspokojení touhy po moci (X Adler)
- **nevědomí** – kreativní tvořivá síla člověka, rozlišuje osobní (komplexy) a kolektivní nevědomí (archetypy)
- **komplexy** – obsah osobního nevědomí, odštěpená část psyché nepřijatelná pro vědomí, skupina myšlenek v os. nevědomí
- **archetypy** – obsah kolektivního nevědomí, kondenzovaná zkušenost lidstva, archetypy zděděné z minulosti, např. anima, animus, stín, persona, starý mudrc, velká matka,...
- **libido** – obecná dynamická síla, psych. energie obecně, ne sexuální
- zájem o střední věk a stáří – kolem 33 let se vytváří „**Persona**“ – systém pevných soc. vztahů a rolí
- **krize středního věku** – 30 – 40 let, období změny hodnotového systému → proces *individuace*, hledá pravé já, dochází ke konfrontaci s archetypy (stín, animus/anima, mudrc/velká matka, pravé já)
- psychické fungování – iracionální osa (vnímání + intuice), racionální osa (myšlení + cítění)
- typy osobnosti – analytický (myšlení), emoční (libost-nelibost), percepční (detaily), intuitivní (souvislosti)
- zaměření osobnosti – extraverte (obrácení libida ven), introverte (libido dovnitř)

- první polovina života – socializace, druhá – individuace (proto také rozdílné cíle terapie)
- **proces individuace**
 - o uznání temné stránky přirozenosti
 - o přijmutí rysů opačného pohlaví
 - o vyrovnaní se s moudrým starcem a matkou zemí
 - o dosažení integrovaného, pravého já
- **symboly** – vnější projev archetypu (např. ve snu)

PSYCHOPATOLOGIE

- Základ v duševním napětí vzniklého z rozdílů mezi vědomým a nevědomým
- Dominance nevědomých impulsů, které jedinec nedokázal využít produktivním způsobem
- Komplexy blokují život a v extrému se mohou projevit jako „**druhé já**“, zvláště, když jsou afekty spojené s komplexem silné (může být až fuga)
- častější je takové „**vědomé druhé já**“, o kterém mi člověk sám řekne
- napětí vzniká nesouladem mezi vědomými a nevědomými obsahy
- z hlediska **vědomého Já** jsou 3 problematické vztahy ke komplexu:
 - o **neznalost** (nevím o něm)
 - o **identifikace** (odosobněná; vědomě tomu nerozumím, nechápu, proč to dělám)
 - o **projekce** (do ostatních)
- podobné postoje můžu zaujmout k archetypům (z Velké matky -> nesnesitelná tchyně)
- psychopatie jako dominance nevěd. impulsů; adaptivní vztah ke komplexu/ archetypu je konfrontace = porvat se s ním, porovnat se,...

TERAPEUTICKÝ PROCES

- konfrontace s obsahem komplexu, objasňování nevědomých souvislostí
- asociace, analýza snů, kresba mandal, aktivní imaginace, asociální experiment
- sny = přirozené spontánní vyjádření nevědomých procesů, většina snů má kompenzační funkci
- pomoc v **procesu individuace** – podstatná součást terapeutické práce
- postupuje v **7 krocích**:
 - o snížení prahu vědomí
 - o vynořování nevědomých obsahů ve snech a představách
 - o jejich uchovávání ve vědomí
 - o prozkoumání a pochopení jejich smyslu
 - o začlenění smyslu do celkové situace jedince
 - o zpracování smyslu
 - o organické včlenění problému do celkové psychiky pacienta
- analýza lidských produktů (kresby, ...)
- z Junga vychází i **katatymně-imaginativní psychoterapie**
- metody:
 - o Aktivní imaginace – druh introspekce, z části sen, z části vize, klient si vyvolá nějaký obraz, po kterém ho provádíme (les, moře, dům...), jde i přenést obraz do kresby
 - o Amplifikace – mnohonásobné asociace k jednomu podnětu (snu), skutečný symbol má mnoho aspektů, jejichž smysl musí objevovat terapeut i pacient dohromady

DYNAMICKÁ A INTERPERSONÁLNÍ PSYCHOTERAPIE

- odvozuje vznik od psychoanalýzy (koncepty o významu nevědomé psych. činnosti, intrapsych. konfliktů a zážitků z dětství)
- proti jednostrannému biologizujícímu a sexualizujícímu pojetí psychoanalýzy – místo toho důraz na sociální faktory a současné problémy v interpers. vztazích
- chce pomoci, aby pacient porozuměl vlastnímu podílu na opakujících se problémech, souvislostem mezi současným nepříznivým chováním (maladaptivní soc. chování), postojem, prožíváním a významnými dřívějšími zážitky

KAREN HORNEYOVÁ

- neurotické chování pramení ze soc. a kult. faktorů, poruch v lidských vztazích dítě + rodič
- důraz na naučené chování

- primární reakce určující lidské chování – reakce mající vztah k uspokojení a k bezpečí, později + snaha po vnitřní jednotě individua
- X Freudovu závidění penisu ženami postavila závidění lůna a mateřství muži
- základní úzkost dítěte – nevzniká sama sebou, je vyvolávána neurózami u dospělých, zvláště v rodině. Dítě se cítí osamocené a bezmocné. Stává se přecitlivělým snadno zranitelným.
- vzniká z jeho nejistoty a citové deprivace, dítě se musí doma cítit v bezpečí (pokud tomu tak není vzniká u něho bazální úzkost)
- potřeba moci – zlí rodiče – bazální úzkost a hostilita
- → maladaptivní chování
- neurotické poruchy ve vztahu dítě-rodič: neadaptivní cesty k dosažení idealizované já
- **neurotické nároky** – potřeby chápe jako nároky, které ve skutečnosti neexistují (nemá na to nárok) – dožaduje se uznání, spravedlnosti
- *tyranie „měl bych“ („musturbation“)* - ptáte se na přání, on říká, co by měl
- (externalizace neakceptovaného)
- **neurotická pýcha** – úporná snaha o dokonalost; pocít, že je nepřijímán okolím → potřeba potvrzovat si svou cenu, kolísání vše dokáži/nejsem nic
- ze zákl. úzkosti a aktivity se vyvíjí **bazální úzkost** – protichůdné tendence ve vztazích, z nich se vyvíjí 3 neurotické postoje – podrobivost (pohyb k lidem), stažení se do sebe (od lidí), útočnost (proti lidem)

3 STADIA VZTAHU S DRUHÝMI LIDMI

- **k lidem** – mít lidi rád, být u lidí (člověk chce být milován, potřebný, být veden – doma hot to naučili) - dítě si snaží zajistit pocit bezpečí, drží se silnějšího – podrobivost
- **proti lidem** – nedůvěra vůči společnosti, agresivní chování, hostilita – útočnost
- **od lidí** – nechce k nim náležet ani s nimi bojovat, od dětství, je ledový, nenaučil se to, jsou to lidé soběstační, - když se stáhnou, nemůže mi být ublíženo, velká uzavřenost – stažení se do sebe
- duševní zdraví najdeme pouze ve spojení těchto 3 vztahů, dítě upnuté na jeden vzorec je vysoce ohrožené, tyto vztahy nemusí být pouze u dětí, pozorujeme je i u dospělých jedinců
- terapie – náhled, odnaučit, proces deziluze – a) uvědomit si možnosti, b) zrevidovat hodnoty a cíle

ERICH FROMM

- **teorie charakteru** – člověk přijímá vlastnosti asimilací a socializací
- linie sadismu a masochismu
- poruchy vznikají vlivem tlaku kultury = role kultury v psychopatologii jedince
- **socializace** – zákl. princip jejíž prostřednictvím si člověk utváří vztah k druhým a k sobě a je ochoten poskytovat jim péči, souvisí s produktivním charakterem
- **asimilace** – zákl. princip, jímž si člověk získává či přisvojuje žádoucí předměty, neproduktivním charakterem
- **složení osobnosti**: temperament a charakter
- **temperament** je svou povahou konstituční a značně trvalý (je hlavním nástrojem osobnosti), utváří se hodnotovými volbami jedince, ovlivněn sociokulturním působením okolí
- **charakter** v každém jedinci se vyskytují 2 vzorce charakterů, z nichž 1 převládá.
 - **produktivní charakter** – obdarovávání druhých prostřednictvím lásky a práce
 - „Člověk miluje to, pro co pracuje, a pracuje pro to, co miluje.“
 - **neproduktivní charakter** – dostává, co potřebuje od druhých – toho dosahuje pasivním chováním nebo aktivním úsilím (vykořisťováním)
 - **receptivní orientace**: očekává veškeré hmotné a psych. zajištění od vnějších zdrojů
 - **vykořisťovatelská orientace** – osoba nejen očekává veškeré zajištění od vnějších zdrojů, ale je také odhodlána získat tím, že si to vezme nebo ukradne
 - **křečkovská orientace** – uchování nashromážděného majetku, dál od ostatních
 - **tržní orientace** – osoba se řídí zásadou, že vše, co člověk potřebuje, se získává procesem výměny, konečné hodnocení věcí určuje trh
 - **nekrofilní typ** – nekrofilie jako obecná neproduktivní orientace, stojí na druhém pólu proti biofilii (obecné produktivní orientaci) *nekrofilní typ jsem doplnila, viz. ps. osobnosti.*

– jednotlivci v dnešní společnosti nejsou hodnoceni podle toho, jací jsou, nýbrž podle dojmu, jaký činí

HARRY STACK SULLIVAN

- self systém
- významné rané zkušenosti
- potřeba uspokojování, bezpečí → tvorba osobnosti
- k základním dynamickým potřebám patří potřeba uspokojení a bezpečí
- úzkost má důležitý význam v životě, novorozenec zažívá tenzi (libost-nelibost) je to přirozený stav, další zdroje úzkosti přináší pečující osoba => **indukovaná úzkost**, ta vyvolává pocit mezilidského bezpečí. Úzkost matky se přenáší na dítě a úzkost dítěte zvyšuje napětí matky => bludný kruh (patologický charakter)
- vytváří se **dynamismus** – opakující se vzorec interpersonálního vztahu
- dynamismus způsobuje selhávání jedince v určitých situacích, ale také má fci ochranou, protože to je určitý návod jednání
- terapie – náhled na vzorce chování, rozbor vztahů v dětství, interper. vztahy v terapii
- duševní problémy = poruchy interpersonálních vztahů
- důraz na kontext a vztahové vzorce

FRANZ ALEXANDER (+ FRENCH)

- **psychosomatika** – užší pojetí; Chicagská sedma (astma, hypertenze, neurodermatitida apod.)
- **neuróza** – selhání jedince ve zvládnutí situace, nemožnost najít soc. přijatelné uspokojování potřeb - neúspěšný pokus řešit současné problémy způsoby, které zklamaly v minulosti
- cílem terapie zvýšení schopnosti nacházet uspokojování potřeb přijatelným způsobem pro jedince i pro svět, v němž žije, a tak mu umožnit i rozvoj jeho schopností
- zaměření na současné problémy, návrat k minulosti jen k osvětlení motivů
- snaha o korigování neúspěšných vzorců chování, poskytnutí příležitosti pro snahy o znovupřizpůsobení v rámci přenosové situace
- kritický k VHLEDU, říkal, že to nestačí →
- > **korektivní emoční zkušenost** – centrální terapeutický činitel; čl. Prožije určitou změnu, uvědomí si, že je reálná
- oproti klasické psychan. (kognitivní aspekt, získání náhledu) důraz na emoční zážitek, *psychoterapie jako proces emoční převýchovy*
- pokrok, když člověk vyjádří emoce

GERALD KLIERMAN, M. WEISSMANOVÁ – INTERPERSONÁLNÍ PSYCHOTERAPIE DEPRESE

- krátkodobá psychoterapie ve formě praktických manuálů
- hledání souvislostí mezi depresivními příznaky a současnými interpersonálními problémy
- **3 etapy terapie:**
 - o diagnostické zhodnocení a zpracování psychiatrické anamnézy
 - o práce s příslušnou oblastí (smutek ze ztráty, interspers. konflikty, změny v rolích..)
 - o jak poznat a zvládat depresivní příznaky, kdyby se objevily v budoucnu
- terapeut se snaží pomoci nalézt a poznat interspers. problémy, lépe jim porozumět a vytvořit si přizpůsobivější způsoby ve vztazích k lidem
- Deprese (neexistuje jednotná terapie deprese)
- **ztráta:** deprese jako truchlení, oplakávání nějaké ztráty (!! truchlení x deprese); podpora přirozeného truchlení, pomoc s navazováním nových vztahů, vztah k novým činnostem, kompenzace ztráty; nedirektivní, laskavý, naslouchající postoj, s pár doporučeními
- **konflikt:** intrapsychický i mezilidský; analýza příčin konfliktu, snaha hledat řešení – víc direktivní
- **změna rolí:** krize pramenící ze zvykání na novou roli; podpora v přijetí nových rolí, zkoumání alternativ
- **nedostatek dovedností:** trénink, KBT, rozvoj dovedností, nácvik (asertivita, dovednosti), edukace...
- závěr PT – provedena analýza rizik do budoucna a vymýšlení prevence

EGO PSYCHOLOGIE

HEINZ HARTMAN

- na vývoji já se podílí pudy i interakce se světem

- bezkonfliktní sféra ega
- úkolem ega není pouze boj s obrannými mechanismy, ale především adaptace na vnější podmínky, primární funkce ega = adaptace (stejně důležitá jako pudové potřeby)
- psychopatologie nevzniká jen na zákl. nevědomého konfliktu, ale i nedostatečnou adaptací
- **objektní vztahy** – děláme si rané vztahy a na základě nich vytváříme další vztahy
- Freudová, Hartman – ID, EGO – bezkonfliktní zona = paměť, vnímání, koordinace

MARGARETA MAHLEROVÁ

- zkoumání vývoje z hlediska psychopatologie, proces separace – individualizace, fáze:
 1. **Autistické období** (do 2 měs) – dosažení fyziologické homeostázy, odkázán na rytmy matky, přežití
 2. **Symbiotické splynutí** (2-5 měs) – pocity omnipotence – čerpá z toho celý život
 3. **Proces separace-individuace** (1-3 roky)
 - a) *diferenční fáze* (6-9 měs.) - odlišování matky od ostatních objektů, separační úzkost
 - b) *praktikující* (do 15m) – poznávání světa, nutná atmosféra bezpečí
 - c) *znovusblíživí* (15-24 měs) – kolísání mezi samostatností a závislostí
 - d) *fáze dosažení individuality a stálosti ve vztahu k objektu* (2-3 roky), objektová stálost – trvalá představa objektu v naší mysli, připraveno na krátkodobou separaci; vnímá s dobrými i špatnými vlastnostmi
 4. **Dosažení identity a stálosti objektu**
- hraniční pacienti – nezvládá fáze separace-individuace, projektivní identifikace = OM borderline

ERIK ERIKSON

- volně řazen k ego-psychologii, zdůrazňuje psychosoc. faktory
- EGO – adaptivní, tvořivé, mající autonomii
- 3 R – Ritualizace – způsob interakce s druhými
- Rituál – označení důležité události, která se opakuje
- Ritualismus – pozornost na sebe a své chování
- 8 věků = při zvládnutí období – rozvoj základní ctnosti
 1. důvěra X nedůvěra = naděje
 2. autonomie X stud = vůle, sebeovládání
 3. iniciativa X vina = směřování a účel
 4. snaživost X méněcennost = kompenzace
 5. identita X zmatení rolí = ctnost, oddanost, věrnost
 6. intimita X izolace = láska
 7. generativita X stagnace = tvořivost
 8. integrita X zoufalství = moudrost
- egoanalytici se nezabývají jen ranými stádii, velká část se věnuje životnímu příběhu klienta

TEORIE OBJEKTNÍCH VZTAHŮ

- Freud označoval vnější osoby jako objekty
- vliv vztahu mezi „já“ a objekt, vztahy k druhým lidem
- objektní vztahy jsou mentální reprezentace já a druhých

OTTO KERNBERG

- internalizace vztahů ve vývoji jedince
- hovořil o *hraniční organizaci osobnosti* (hraniční, neurotická a psychotická osobnost), nejedná se ale o psychopatologii
- zákl. psychiky – **vztahové jednotky** – schéma o druhém člověku a prožitek vůči němu
- vznikají internalizací vztahu k dané osobě, vytváří se i vnitřní realita světa, která se nemusí shodovat s reálnou logikou
- psychická struktura – reprezentace sebe, reprezentace objektu a afektivní podbarvení těchto reprezentací (tyto jednotky se vytváří pod vlivem libidinózního a agresivního pudu)

- **splitting** – reakce na ovládání rodičů, oddaluje od svého já nepřijatelné myšlenky a popudy, když dítě odštěpí od objektu jeho špatné vlastnosti, idealizuje si ho
- pro dítě je popření reality přirozené, pokud přetrvá do dospělosti – naivita
- **introjekce** – zahrnuje objekty do své mysli, tvoří si introjekty, přijme ho vcelku, až potom se začíná diferencovat názor
- **testování reality** - (špatné u psychot, hranič. dobré, neurot. dobré), obrany (psychot. špatné, hraniční splitting, neurotické – sublimace, racionalizace atd.), afekty (psychot. a hranič. nestabilní, neurotici opak), impulsivita (psychotici – neselektivní, hraniční, neurotici – selektivní), objektní vztahy (psychot.- nestabilní, hraniční – povrchní OK, neurotické – zobec. zkuš. ze vztahů)

TERAPIE

- terapeut nabídne blízký důvěrný vztah, měl by ovládat splitting
- postupná konfrontace s obrannými mech. způsobující problém
- hraniční pacienti nemohou být léčeni jen interpretací štěpení a odporu (vzhledem), důležitá je i podpora ze strany terapeuta (dobrá atmosféra)
- cíl: klient dokáže vnímat reálně, integruje dobré i špatné vlastnosti
- důraz na pravidla a řád v terapii (doba, délka, kdy mohou volat..)
- teorie díry – hraniční pacienti na okraji díry (začnou bojovat, být agresivní), kdo spadne do díry - psychotický

HEINZ KOHUT

= selfpsychologie

- pacienti s narcistickou osobní patologií
- vedle id, ega a superega je důležitou **strukturou self** = subjektivní pojetí a prožívání toho, kdo jsem a jakou mám hodnotu, řídí chování, organizuje zkušenost
- pozitivní zkušenosti – vývoj **autonomního self** (sebeocenení, sebedůvěra) → ideální identita
- **nukleární self** – v raném dětství = ambice a cíle, mezi nimi tenzní oblouk, působí v každé situaci, podněcuje rozvoj schopností, dovedností
- nejsilnější dětská potřeba, aby bylo pochopeno, uznáno – rodiče mu odrážejí lásku, pochopení → význam zralosti rodičů pro vývoj dítěte
- vliv rodičovského chování na vznik narcismu
- dítě potřebuje vnímat rodiče jako někoho, koho si může vážit – rodič jako součást identity – problém, když je rodič bez sebedůvěry, má problém dosahovat úspěch → nedovede zrcadlit potřeby dítěte, začne s ním soupeřit → u dítěte se rozvine narcismus, aby nasýtil potřebu zrcadlení → lepí se na ostatní, které idealizuje („někdo, kdo někoho zná“), idealizuje si terapeuta, až snaha porazit ho; strategie genealogie (jak to měli rodiče)
- **narcistická porucha** – porucha sebehodnocení, kolísání mezi grandiózností a špatným pocitem ze sebe sama (idealizace a devalvace)
- není vhodné odstraňovat sebelásku, ale podporovat ji, aby se měl skutečně rád – zbouřil mýtus o narcismus=egocentrismus
- terapeut – zrcadlí pacienta, chválí ho (to, co rodiče nedělali)
- druhy přenosu – idealizující (identifikace s terapeutem), zrcadlící, dvojčecí (na zákl. podobnosti klienta a terapeuta)
- kompenzační struktury self = bezpodmínečné přijetí + zrcadlení + opravdovost (vyplnění prázdnoty z dětství)

METODY PSYCHOANALYTICKÉ TERAPIE

METODA VOLNÝCH ASOCIACÍ

- pacient nechá myšlenky volně plynout, nahlas říká vše, co jej napadá
- neměl by se snažit myšlenky logicky uspořádat, nebránit se citovým hnutím
- dle Freuda by mělo probíhat hodinové sezení 6x týdně, později 4-5x po 50min po dobu půl roku až 3let
- -terapeut – neutrální, s porozuměním naslouchá
- zpočátku pasivní, v určité fázi terapie začíná aktivně zasahovat interpretacemi
- (o správnosti interpretace rozhoduje pacient)

INTERPRETACE A ANALÝZA ODPORU

- odpor – vše, co ruší postup analýzy
- projevuje se např. delšími odmlkami, neschopností vyvolat jakoukoli představu, myšlenkami v kruhu, náhlými změnami tématu, nechutí k přijetí interpretace
- terapeut pomáhá k poznání a překonání odporu

PŘENOS A PŘENOSOVÁ NEURÓZA

- přenos – zvláštní, afektivně zabarvený vztah k terapeutovi
- pozitivní přenos – ochotně se podrobuje léčení, bohatá sdělení
- negativní přenos – skryté nepřátelství, hostilní odmítání
- na uvědomění si přenosu může reagovat novým odporem –tzv. přenosový odpor
- pozitivní a negativní vztahy nejsou skutečnou reakcí na terapeuta, jedná se o opakování vztahů k osobám z minulosti
- původní neuróza se v průběhu terapie mění v přenosovou neurózu – pacient si přeje zůstat v terapii, odmítá uzdravení, protože by se musel vzdát vztahu k terapeutovi
- přenos se překoná jeho analyzováním a interpretováním (získá náhled)
- dochází také k protipřenosu ze strany terapeuta

KRÁTKÁ PSYCHOTERAPIE S PSYCHOANALYTICKOU ORIENTACÍ

- krátká (fokální) terapie
- malý počet cílů, soustředění se na jejich vyřešení
- počet sezení předem omezen na 10-40 (10-30, 12)
- většinou 1x týdně
- klient sedí naproti terapeutovi a volně hovoří (volné asociace moc ne)
- pacienti s relativně silným ego, dobrou motivací, u nichž lze najít vymezený problém jako cíl terapie
- zákl. principy postupu – komunikace od pacienta k terapeutovi, náhled terapeuta, komunikace od terapeuta k pacientovi, náhled, propracování (pac. používá získaný náhled v řadě analogických situací, které vyžadují podobné schéma chování)

18. HUMANISTICKÁ A EXISTENCIÁLNÍ PSYCHOTERAPIE, LOGOTERAPIE, GESTALT TERAPIE, EMPATICKÁ TERAPIE A TERAPEUTICKÝ VZTAH.

TERAPIE ZAMĚŘENÁ NA ČLOVĚKA, PŘÍSTUP C. R. ROGERSE

- Nedirektivní terapie
- Terapie zaměřená na klienta
- Terapie zaměřená na člověka (Person centered therapy = PCT)
- **Zrcadlení**: vědomé zrcadlení chování, mentálních stavů (emoce, postoje) a jde o to, aby klient to poznal a reagoval
- **Empatie** – dá se trénovat viz. rozpoznání emocí u EI
- **retipatie** – tělesná reakce na člověka (až mě z toho mrazí)
- empatie v užším slova smyslu – dokážu si představit co bych dělal na jeho místě
- empatie v širším slova smyslu – co bych dělal, kdybych byl tím pacientem
- Rogersovský psychoterapeutický přístup znamená, že terapeut dosahuje konstruktivních změn v osobnosti a v projevu klienta tím, že jej bez výhrad a vstřícně akceptuje, projevuje se vůči němu vysoce empaticky a autenticky
- Touto vztahovou nabídkou vytváří psychoterapeutický prostor, který podporuje osobnostní růst a umožňuje překonání klientových inkongruencí, což se děje díky pravdivějšímu porozumění sobě a subjektivně významným vztahům
- Rogersovská psychoterapie je proto psychoterapií dialogickou a vztahovou

TEORIE OSOBNOSTI

- základní motivační faktor je růst a tendence k sebeaktualizaci
- naplňování vlastních aktualizačních tendencí (kam směřuji/kam bych rád směřoval)
- důl. je sebehodnocení člověka
- podmíněčné vs. bezpodmínečné přijetí
- směr aktualizace je určován procesem organismického hodnocení (OH) = hodnocení našeho organismu, co je pro nás libé a nelibé, dobré a špatné (jak se celkově hodnotíme) ne jen fyziologicky ale především z hlediska sebezkušenosti, naplnění, sdílení, provádění
- pokud je OH ovlivněno vnějšími faktory (negativní důsledky výchovy), dochází k problému (dekompenzace)
- vnitřní & vnější hodnocení v souladu = kongruence -> rozvoj samostatnosti, naplnění potenciálu... – tehdy, pokud rodič dítě přijme bezpodmínečně
- při podmíněčném přijetí inkongruence organismického & vnějšího hodnocení -> čl. závislý na vnější zpětné vazbě, své sebehodnocení odvíjí od této zpětné vazby (! ne nutně záporné, ale dávám druhým moc „rozhodovat o mně“)
- lidská bytost je ve svém základu dobrá bytost
- Negativní chování je odraz negativního vlivu vnějšího prostředí (výchova)
- člověk je z podstaty dobrý, potřebuje dobré podmínky, aby se rozvinul, jinak patologie
- rozvoj patologie: čl. opustil organ. hodnocení, přestává si věřit, podléhá vnějším diktátům, křečovitě se snaží dosáhnout úspěchu, vytváří se pocit vnitřního rozpolcení
- příznivé podmínky pro lidský rozvoj je v atmosféře bezpodmínečného přijetí – vznik kongruence = soulad mezi osobností toho jedince a tím vlastním OH a jeho cestou sebeaktualizace
- inkongruence-ruší se kladná představa o sobě, je zde podmíněčné přijetí, za nějaké podmínky
- kladná představa o sobě

TEORIE PSYCHOPATOLOGIE

- Podstata maladaptace:
 - o odcizení se vlastním sebeaktualizačním tendencím, příklon k patologii
 - o ztráta vlastního Já, opuštění organismického hodnocení
 - o pŕ1.: rodiče si přáli, abych byl psychologem, naplnění podmínek/přání rodičů ne svých (hodnota vzdělání)

- př2.: závislé p. os. – od malička jsou vedeny k tomu, že lidé kolem jsou nebezpeční a zlí, tudíž musí být neustále schovaný – poté první vztahy a selhání (ty neumíš „tak dobrou polívku jako moje maminka“ – srovnání)
- Kořeny jsou dětství:
 - **neurotický vývoj** (dominantní je úzkost, somatizace, nekvalitní spánek, stereotypy, okusování nehtů)
 - **nejistota** – úzkost-kousání nehtů uvolňuje vnitřní tenzi- přichází to když jsme sami (s vlastním egem) vyvoláno hladem, úzkostí, myšlenkami o budoucnosti; je důležité umět vydržet sám se sebou
 - **pocit odcizení (alienace)** – bezdomovci – jsou s lidmi, mluví na ně, ale moc lidí jim neodpovídá, není tam bezpodmínečné přijetí př.: (viditelně hendikepovaní lidé); vede to ke ztrátě sociální opory (deprese, srdeční onemocnění „puklo mu srdce žalem „)
 - **Vznik záporného sebehodnocení, které se jedinec naučil od druhých osob** - nápodoba chování př. Maminka se ze všeho hroustí, otec kolem ní lítá, matka má z toho zisky...dítě to dokouká a taky to tak pak bude dělat
 - **Rozpor mezi tím, kým jsem a tím čím chci být**
 - **Inkongruence**
 - **Zkreslování sebe i vnější reality** (žijí si sami pro sebe, stáhne se, přestane komunikovat, alkohol, p. chování)

TERAPIE INKONGRUENCE

- proměna sebepojetí na základě významných podnětů a zkušeností v životě – není-li čl. schopen přijetí
- př.: hůře se učím čím jsem starší, horší schopnost adaptace na nové podmínky
- proměna sebepojetí na určitých rovinách v průběhu života (self koncept)
- duchovní (sebepřesah) – přítomnost krize (morální, psychospirituální)
- fyzický – zdravotní omezení, stárnutí
- psychický
- materiální – chybí finance
- je nutné se s tímto vypořádat, pokud se tak nestane a nejsme schopni toto přijmout, nastupují obranné mechanismy

OBRANNÉ MECHANISMY

- Popření (aktivnější mechanismus) investuji svou energii do toho
- Racionalizace – hledat cestu, proč to nejde (tendence, která blokuje řešení)
- Inkongruence = vnitřní rozpor, vzniká u člověka při setkání se skutečností, která je významná, ale není přijatelná – déletrvající IG – úzkosti, deprese, pocity viny, psychosomatické potíže atd.

TEORIE TERAPEUTICKÉHO VZTAHU

- Úkol je uvolnit cestu existujícím možnostem v klientovi („jsou i jiné cesty od zbavení se ukusování nehtů?“)
- Integrovat pojetí já a organismického hodnocení (o někom prostě vím, že je hysterka..)
- Klíčové jsou vztahové proměnné mezi terapeutem a klientem
- Psychoterapeutický proces je položen tedy na terapeutickém vztahu
- Terapeutický vztah má přispět k vytvoření atmosféry, kde se klient může otevřeně, svobodně, poznávat, zkoumat svá přání, tužby

DOSTATEČNÉ A NUTNÉ PODMÍNKY TERAPIE KE ZMĚNĚ

- **Opravdovost u terapeuta (Autenticita)** - terapeut odložil masku, ukazuje, že je kongruentní (=vzor)
- **Akceptace klienta** (nesoudím ho za jeho dosavadní život)- bezpodmínečné přijetí, pozit. ocenění, nehodnocení)
- **Empatie** (projevy porozumění, vzhledu do vnitřního světa)
- Transcendentální fenomén (sebepřesah)
- Vztahovost (podmínka terapie je vztah (problém mají paranoici, disociální,...))
- není vhodné pro extr. poruchy osobnosti (ve věznici atp.)
- Náchylnost k úzkosti a chtění změny (úzkost motivuje ke změně)

STÁDIA PSYCHOTERAPEUTICKÉHO PROCESU

- 1) **Vytvoření pohledu na sebe a svět X neuvědomování si prožitků a potřeb** – rigidita, není motivován k terapii, mluví o věcech, které se ho až tak nedotýkají
- 2) **Vlastní názory považuje za fakta**-věcný popis vnějších témat – inkongruence, úzkostnost, zranitelnost, hovoří o vnějších tématech, popisuje věcně, bez vztahu k sobě, jako minulé události
- 3) **Uvolnění vlivem přijetí** – neaktuální pocity a prožitky hl. z minulosti, názory nepokládá za fakta, připouští možnost změny
- 4) **Sdělování i přítomných pocitů**, i ve vztahu k terapeutovi – zodpovědnost za sebe, uvědomění/pociťování konfliktu s dřívějším prožíváním
- 5) **Otevřenost**, sdělování pocitů mnohem snáze, připouští existenci dříve odmítaných problémů, nejistý vl. Prožíváním, trochu úzkosti, touha být sám sebou – hledání
- 6) **Zásadní změny v prožívání** – plně a přítomně – bolestné – ventilace pláče, vzteku ad., autentický projev ve vztahu, důvěra
- 7) **Plně fungující osoba**-cíl terapie, tzn. svobodný člověk s tendencí stálého osobního růstu, kt. si plně uvědomuje své pocity, potřeby, své chování vědomě řídí a naplňuje své pozitivní možnosti v souladu s ostatními
 - integrace – čl. přijme své pocity, začíná si věřit, uvědomovat si, co se v něm odehrává; ústup psychopatologie
 - = narůstá důvěra, přijetí sebe sama, posun od minulého/abstraktního k současnému/ reálnému
 - důl. je „zvyšování vědomí“ čl. o sobě – ani ne jako edukace, interpretace, ale čl. sám si přijde na věci o sobě - & emoční korektivní zkušenost

DALŠÍ PROCESY A ZÁKLADNÍ ZDROJE

- Aktivní naslouchání (doptávám se, parafrázuju, oční kontakt)
- Empatické poznámky (to musí být asi těžké ☹ s nimi šetříme)
- Reflexe (dnes je tady ospalá atmosféra)
- Parafrázování
- Zvyšování vědomí
- Korektivní emoční zkušenosti
- Určitá doporučení: u lidí toužících po větší nezávislosti, autonomii a vnitřním řízení
- Zrcadlení (emocí, postojů)
- v Čechách: Vymětal

A. MASLOW

- 5 skupin lidských potřeb (motivů)
 - 1) fyziologické potřeby
 - 2) potřeba jistoty a bezpečí
 - 3) potřeba lásky a sounáležitosti
 - 4) potřeba ocenění druhými a kladného sebehodnocení
 - 5) potřeba sebeaktualizace
- 1. - 4. potřeba -> **D-potřeby** (deficientní, nedostatkové)
- 5. potřeba -> **B-potřeba**, potřeba růstu, přesažení přítomného stavu k nadosobním cílům
- sebeaktualizace zahrnuje i sebetranscendenci, zasvěcení života hodnotám bytí (spravedlnost, dokonalost, pravda, dobro...)
- důraz na bezprostřednost a přítomnost (zde a nyní)
- skupiny setkání
 - o výcvik v interspers. senzitivě
 - o rozvoj plného prožívání a projevovalí citů, rozvoj fantazie a tvořivosti, kultivace smyslových zážitků
 - o setkání = otevřený intenzivní a citově zabarvený vztah, postavený na současných pocitech
 - o účastníci opouští formální naučené konvence a projevují se bez zdrženlivosti a zábran
 - o prožívání a verbální i neverbální vyjadřování pocitů, tady a teď
 - o zážitková terapie
 - o pochopení sebe i druhých lidí a umění s nimi jednat
 - o řeší se interpersonální a osobní otázky, zaměřeny na rozvoj potenciálu

- skupiny po 6-12 osobách, 1x nebo vícekrát týdně po dobu 1-3 týdnů
- základní interakce, ke kterým zde dochází:
 - **odhození masky** – sebeodhalení, sebeprojevení, sebeotevření
 - **projevení současných pocitů**, co se děje s člověkem, jak si stojí ve vztahu k ostatním
 - **naslouchání druhým**
 - **emoční podpora** – předchází upřímnému sebeprojevení, vytváří vhodnou atmosféru
 - **posiluje projevené jednání**
 - **konfrontace** – jedna osoba udělá úmyslně nebo neúmyslně něco, co nutí druhou osobu, aby promyslela, přezkoumala nebo změnila své chování

EXISTENCIÁLNÍ PSYCHOLOGIE

- Odvozeno od fenomenologie (introspekce)
- spíš evropský směr (daseinsanalýza, logoterapie), v zahraničí: Yalom (integrující), terapie realitou (William Glaser)
- Zakladatelé a představitelé daseinsanalýzy L. Binswanger a M. Boss – filosoficky vycházejí z Husserla a Heideggera
- Dále V.E. Frankl: Logoterapie
- Prochaska, Norcross - Existenciálně humanistická terapie
- důležitá není osobnost (osobnost není systém neměnných rysů, to je zjednodušující), ale bytí = aktivní dynamický proces, „bytí ve světě“, interakce jednotlivce s okolím (z fenomenol. pohledu je vnější svět jen konstrukce, zdání naší mysli = svět není objektivní, lze mluvit jen o subjektivních věcech)
- Tyto směry spojuje: odklon od přírodovědeckého chápání člověka, příklon k fenomenologii lidské existence, jedinečnost, neopakovatelnost, životní smysl, samoty, smrti
- Určitá rizika: odklon od exaktnosti a kontrolovaného experimentování k intuitivnímu chápání člověka (Dasain. – neuznává diagnózy, ale pouze popis)
- Modely osobnosti (Teorie)
 - Model empatický (poznávám ji empaticky)
 - Model intuitivní (autentický doprovod poznání)
 - Model fenomenologický
 - Model metapercepčně – komunikativní
 - Model diagnostických indikátorů (pokud máte ze 6 příznaku 4, tak je to už nemoc)
 - Model psychoanalytický
 - Model racionální
 - Model sylogisticko-probabilistický

DASEINANALÝZA

TEORIE OSOBNOSTI

- Důležitější je pojem bytí než osobnost
- Bytí je aktivní a dynamický proces spojený úzce s existencí jedince
- Lidská existence je bytí ve světě
- Snaha je porozumět individuální představě světa, kterou si jedinec vytváří
- 3 typy bytí - VZTAH KE SVĚTU
 - **Okolní svět UMWET** (fyzično, materiální stránka)
 - **Spolusvět MITWELT** (vztahy) vztah k druhým lidem
 - **Vlastní svět EIGENWELT** (na úrovni našich prožitků) sebehodnocení
- Hledání vlastní cesty, řešení dilemat a nejvhodnějšího způsobu existence ve světě, s druhými, pro sebe samého
- Mezi světy může vznikat problém a je důležité tomu problému porozumět a vyřešit jej
- Př. Čl. který má problém se spolu světem (problém studenta, který dojížděl domů do vesnice a tím pádem se spolužáky nikdy nebyl na party – deprese)

CHARAKTERISTIKA AUTENTICITY – NEJVHODNĚJŠÍ PRO ŘEŠENÍ DILEMAT

- Otevřený postoj k přírodě, lidem, sobě samému
- Spontánní chování beze strachu z nepřípustného sebeodhalení
- Důvěra v autenticit druhých lidí

- Integrace modalit bytí, absence konfliktů v těchto modalitách
- Oproštění se od nadměrné sebe-idealizace
- Důraz na přítomnost bytí, tady a teď
- Schopnost přijmout existenciální úzkost plynoucí z konečnosti života, nebytí, nedostatku smyslu, izolace a osamocení

TEORIE PSYCHOPATOLOGIE

- Základ je **sebeklam** (lež)
- čl. lže sám sobě (sebeklam jako cesta k vyrovnání se s existenc. úzkostí; jak zapomenout na to, že jsme smrtelní, že máme zodpovědnost za vlastní činy... – coby obejít strachu)
- Představuje cestu vyhnutí se či částečné eliminaci existenciální úzkosti
- Kořeny neurotické úzkosti jsou sebeklamem, který je neautentickou reakcí na lidské bytí
- Dále je podstatou přehnaný důraz na některou modalitu bytí
- Nemoc je tedy krajní typ existence a jeho neschopnost či nemožnost naplnit vlastní bytí
- nemoc jako „ne-moc“ = nedostatek moci, neschopnost naplnit své úkoly (není to dílčí porucha, ale porucha celku; odmítají přírodovědecké pojetí nemocí, klasifikace, zdůrazňují kasuistiku, jedinečnost)

TEORIE TERAPEUTICKÉHO PROCESU

- Snaha o pochopení jedinečnosti existence daného jedince a podpora v uskutečnění jeho existence
- Důraz je v terapeutickém vztahu, setkání jedné existence s druhou
- Snaha nacházet způsob existence, který by integroval jednotlivé modality
- Úkoly terapie:
- Naplnění možnosti vlastního bytí, podpora pacienta, aby se stal sám sebou
- Zpřístupnit a nezakrývat existenciální fenomény (úzkost)
- Povzbuzovat autenticitu pacienta
- Volné prožívání tady a teď

METODY

- Fenomenologický rozhovor
- Snaha o výklad existenciální situace
- Rozhovor o smyslu a funkci potíží
- Analýza snů

TERAPEUTICKÝ VZTAH A OBSAH

- Rozhodující význam a povaha setkání
- Terapeut odloží hodnotící postoj nevnučuje pacientovi svoji vlastní představu světa
- Schopnost empatie
- Zástupná starost o druhého jedince a zpřístupnění mu existenciální úzkosti
- Nechávaní se vést problémy pacienta
- Terapeutický obsah
 - o Smrt
 - o Svoboda a zodpovědnost
 - o Existenciální samota
 - o Životní smysl

KONFRONTACE S EXISTENCIÁLNÍ ÚZKOSTÍ DLE YALOMA

- Prožívání úzkosti plynoucí z uvědomění si dopadu základních témat
 - Obranné mechanismy
 - Porucha jako výsledek nerovnováhy mezi škodlivou částicí a odolností hostitele
 - zdůr. základní konflikty čl. s existenciálními tématy:
-

KONFRONTACE SE SMRTÍ

- Smrt je primárním zdrojem úzkosti
- obvyklá obrana je **popření, vytěsnění** apod.
- cílem je dosáhnout symbolické nesmrtelnosti, něco po nás zůstane
- cestou je i náboženské přesvědčení, jako víra v reinkarnaci apod.

- může fungovat i na adaptivní bázi, ale jsou i MALADAPTIVNÍ formy:
 - o **Heroický individualismus** (nebojím se smrti, jsem zaplaven pocitem úzkosti ze smrti, ale dělám, že se nic neděje) - demonstrujeme, že postrádáme slabost
 - o **Kompulzivní workoholické řešení** (vše honím přes práci) - činnost, aby po mně co nejvíc zůstalo
 - o **Těžká narcistická porucha** (jen moje smrt je to pravé ořechové, bude to více než prezident)
- Hlavní prototypy obran:
 - o **Víra v osobní výlučnost** (mne se smrt netýká)
 - o **Víra v absolutního zachránce** (snaží se vše zachránit, svět)
 - o **úzkost ze smrti se silně zvyšuje s osobními neúspěchy**; čl. si uvědomuje, že bytí nelze odložit na později; čím více jsem nespokojená se svým životem, tím víc se bojím smrti -> pomoc v terapii = zažívat větší uspokojení v životě

KONFRONTACE SE SVOBODOU

- Spojení s odpovědností a s autorstvím (=vědomí toho, že čl. je nepochybným autorem událostí či věcí)
- pokud čl. své autorství nepřijme, přesouvá zodpovědnost na & obviňuje druhé; nejbolestivější je, když si čl. uvědomí svou zodpovědnost za to, co činí, i co nečiní
- Vývojová tendence vyhledávání struktury
- přiroz. tendenci dítěte je hledání struktury, hranic -> plná zodpovědnost vyvolá obavy, neboť přesune hranici (strukturu) dovnitř = podstata svobody je tvorba vlastních vnitřních hranic;
- Obrany před vědomím odpovědnosti: **nutkavost, přemístění**, (odpovědnosti na druhé), **popření, vyhýbání se**
- cílem psychoterapie je **přijetí zodpovědnosti za svůj život**; nejprve by terapeut měl zaujmout postoj, že pacient si své nepohodlí mohl způsobit sám, pak zjišťovat roli pacienta ve svém problému (& sdělit to pac.) a až pokud je pac. stále přesvědčen, že problém způsobuje něco vnějšího -> měníme panošovo okolí, ne pac.; i tak bychom ho měli přesvědčit, že má svobodnou volbu a nemůže jí uniknout, je zodpovědný sám za sebe a může si pomoci sám)

KONFRONTACE S EXISTENCIÁLNÍ OSAMĚLOSTÍ

- Nepřekonatelná propast mezi člověkem a ostatními
- Dále odloučení mezi člověkem a světem
- Problém vzniku vztahů na základě obav a strachu ze samoty
- **interpersonální osamělost** = když čl. nikoho nemá
- **existenciální osamělost** = i když je mezi lidmi; pokud vztahy vznikají jen ze strachu ze samoty, budou děsně komplikované -> čl. si nejdříve musí uvědomit obavu z osamělosti, postavit se jí & pak si může najít smysluplný vztah;
- Opravdový vztah vzniká, až když si jedinec uvědomí podstatu existenciální osamělosti a postaví se jí
- Typická obrana: **podřízení** (potlačení vlastních potřeb, splynutí s druhým) X **kontrola** (nad druhým)
- Úkol terapeuta: pomoci postavit se existenciální úzkosti, naučení se čelit osamělosti a schopnost navazovat zdravé vztahy

KONFRONTACE SE ZTRÁTOU SMYSLU

- Osobní (opora čl. pro jeho konání) a kosmický (náboženství, víra, duch. hodnoty; sdílený ve společnosti) smysl
- Pokud je některý postrádán stav existenciální frustrace
- Existenciální nemoci a podoby existenciální frustrace:
 - o **Extrémní dobrodružnost**, hledám emočně silné aktivity, abych si dokázala, že žiju
 - o **Nihilismus** - aktivní tendence vše znevažovat, odsuzovat
 - o **Vegetativní formu existenciální nemoci nuda**, prázdnota, pseudodeprese
- pro řešení je důl. plánování, orientace na budoucnost, na cíle; terapeut podporuje přesun pohledu od sebe na druhé -> zvědavost, zájem o druhé; smyslem může být i pomoc druhému člověku
- základní je prožívání úzkosti plynoucí z uvědomění si těchto zákl. témat; můžu proti nim budovat obranné mechanismy
- porucha je spíš nerovnováha mezi „škodlivou částicí“ (jako stres) a imunitou hostitele; když se sníží jeho odolnost, propukne choroba, i když toxicita částice i její životaschopnost je pořád stejná -> psychopatologie nezávisí jen na přítomnosti a nepřítomnosti stresu, ale i na obranných mechanismech čl.
- konfrontace s tématy je bolestivá, ale léčivá
- v psychoterapii zaměření na **úzkost a její zdroje** & obranné mechanismy čl

- Nutkavá činnost
- Dop: zaměření se na dlouhodobé plány a cíle jedince

LOGOTERAPIE (V.E.FRANKL)

„*Neřešme to, čím člověk onemocněl, ale jaký člověk onemocněl*“

- Hnací silou je **vůle ke smyslu** = trvalá lidská potřeba, jejíž naplnění vede k pocitu sebepřesahu
- naplnění vede k sebetranscendenci, naplnění probíhá v uskutečnění hodnot (tvůrčích, zážitkových, postojoyých).
- **sebepřesah** = stav, kdy je čl. schopen vytvářet hodnoty pro sebe a pro druhé
- sebepřesah NENÍ seberealizace jako rozvoj vl. potenciálu, ale naplnění živ. smyslu; je nadřazený seberealizaci
- smysl života není určen vědomým rozhodnutím člověka -> není možné určit smysl, ale svůj postoj k němu; orgánem smyslu je svědomí – prostř. jeho je možné poznat, co je pro čl. dobré
- Člověka je nutno chápat v duševní, tělesné a transcendentální rovině
- Tři dimenze, kde je člověk
 - o **Noicky**: svobodný a odpovědný, směřující k nalezení a uskutečnění hodnot a naplnění smyslu
 - o **Psychicky**: prožívající a reagující, směřující ke slasti, moci a sebeuskutečnění
 - o **Somaticky**: fungující a seberegulující, směřující k přežití, zvládnutí a růstu

TEORIE OSOBNOSTI: OBSAH DUCHOVNÍ STRÁNKY

- „**Hodnocení**“: rozlišování dobrého a zlého, správného a nesprávného
- „**Orientace**“ vůči hodnotám a smyslu: svědomí + postoje
- „**Motivace**“: vůle ke smyslu; existenciální frustrace; vzdorná moc lidského ducha
- „**Akce**“: zpětnovazební interakce uvnitř duchovního dění a s ostatními oblastmi dění v sobě a ve světě
- „**Schopnosti**“: sebeodstup – odpoutání od „já“ sebepřesah – zaměření mimo sebe svoboda – volba z přítomných možností odpovědnost – uskutečňování hodnot

OTÁZKY NAPLNĚNÍ ŽIVOTNÍHO SMYSLU

- Smysl je vždy jedinečný vůči člověku a životní situaci.
- Vyžaduje rozpoznat, přijmout a uskutečnit hodnotné možnosti, které právě jemu přítomná situace nabízí.
- „**Orgánem smyslu**“, který rozpoznání nejčinnější hodnoty k uskutečnění v dané životní situaci slouží, je svědomí.
- Člověk má svobodu zvolit si a uskutečnit ze svých možností buď smysluplnou, nebo smysluprázdnou.

TEORIE PSYCHOPATOLOGIE

- Existenciální napětí, existenciální vakuum, existenciální frustrace, ztráta přirozeného zdroje pocitu štěstí a životní spokojenosti, také luze nahlížení, že neuroza je reakce na sebeklam sloužící k vyhnutí se existenciální úzkosti
- velkou roli hraje doba, po kterou se v ní nacházím (přechodně = ok, dlouhodobě -> patologie, poškození)

EXISTENCIÁLNÍ FRUSTRACE

- Stav člověka, v němž se vůle k (objektivnímu) smyslu – „pro co žít“ – nenaplní; sám o sobě není patologický, může se však stát patogenním a projevit se svými patologickými následky:
- **Existenciální prázdnota**: prožívání nesmyslnosti, bezcílnosti, nudy, požitkářství, duševní labilita, dráždivosti, zoufalství
- Celkové zhoršení zdraví (např. poruchy imunity)
- Je spojena s **Noogenními onemocněními** – neurózy nebo depresí (mohou vést až k sebevraždě) – prostě nevidí smysl a plácají se v tom
- pokud tento pocit trvá dlouho, čl. začne hledat štěstí = štěstí jako cíl života nás dovede do problému - zneužívání drog, konzum, závislost na materiálních zdrojích
- přiroz. zdroj štěstí je sebepřesah, sledování živ. smyslu („co chce život od tebe“) – pokud dělám něco smysluplného, štěstí se dostaví samo jako vedlejší produkt
- Závislosti na „**náhražkách smyslu**“ – slasti (sex, jídlo, drogy), moci (vykořisťování, krutost), úspěšnosti (výkonost, soupeření, sláva), soustředění na sebe ...
- „**Prázdnota**“ agrese a destrukce zaměřená vůči světu nebo sobě

- „Kolektivní neuróza“ – provizorismus, fatalismus, konformismus, fanatismus ...

LOGOTERAPEUTICKÉ DIAGNOSTICKÉ METODY

- **Rozhovor**
 - sdělované prožitky, očekávání, úmysly- objektivní projevy vnitřních stavů a postojů
- **Pozorování**
 - minulých a současných životních událostí, okolností, výsledků - minulých a současných sledovaných cílů a konaných činů - výkonů v terapeutických úkolech a experimentech
- **Logometrické dotazníky**
 - Logo-Test: nalezené hodnoty, sdělované příznaky, hodnocení vlastního života - Existenciální škála: projevy schopností sebeodstupu a sebezpřesahu, svobody a odpovědnosti

V PSYCHOTERAPII

- **Teorie terapeutického procesu:** hledání cesty z existenciální frustrace, hledání vlastního smyslu života, důraz kladen na uskutečňování hodnot = „začni něco dělat“, „zažij něco“
- **Terapeutický obsah:** metody paradoxní intence, dereflexe, postojová změna
- **Terapeutický vztah:** nenutíme, ale také využíváme interpretace, konfrontace, přesvědčování, zdůvodňování

METODY

- Poukazování na vlastní hodnotu věcí a činů,
- Posilování citu hodnoty života,
- Řešení konfliktů hodnot,
- Metoda nacházení smyslu,
- Životopisný rozbor,
- ... a jiné, individualizovaně vytvářené.
- **Paradoxní intence** (dělejte to, čeho se bojíte)
 - o Využití duchovní schopnosti „sebeodstupu“ a „vzdorné moci ducha“ proti „hypotéze závislosti“:
 - o Vysvětlit paradoxní účinky vyhýbání strachu a vzdorování strachu
 - o Vytvořit odstup vůči sobě a svému strachu „externalizací“ příznaku
 - o Zformulovat „opačné přání“ s užitím humorného přehánění
 - o Vystavit se obávaným situacím s paradoxním přáním a počínáním
 - o Hlavní indikace: iracionální strachy, kompulze, psychofyziologické poruchy
- **Dereflexe** (odstranění škodlivého sebepozorování) – běžně v dětské medicíně
 - o Využití duchovní schopnosti „sebezpřesahu proti „soběstřednosti“:
 - o Objevit hyperreflexi a/nebo hyperintenci
 - o „Odložit“ léčbu předkládaného příznaku
 - o Zaměřit pozornost a snahu na smysluplný úkol
 - o Umožnit tím spontánní obnovení porušené funkce
 - o Hlavní indikace: patologická deflexe vyvolávající funkční psychické, sociální a psychofyziologické poruchy a závislosti, psychosomatika

GESTALT TERAPIE

- Zakladatel: **Frederich (Fritz) Perls**
- vycházel z psychoanalýzy od Reicha, studoval ve Vídni a Berlíně, terapie emigroval do JAR & založil zde psychoanal. institut
- dílo „Ego, hlad a agrese - revize Freudových teorií a metod“ = základ nového směru, Gestalt terapie
- sám je docela egocentrický (až arogantní, pohrdající autoritami), „svérázný“; terap. styl měl založený na frustraci (příčinou potíží jsou neodžité emoce, „unfinished business“ -> frustruje lidi, aby vyvolal zasuté vzpomínky) – napadal lidi, urážel je, dramatizoval (a nutil dramatizovat), aby dosáhl „uzavření Gestaltu“
- následovníci toto mírnili, aby nebyli tak konfrontační; míchá se s existencialismem (autenticita), fenomenologií, Levinovou teorií polí (systémové vztahy, provázanost)...

- = Gestalt je blbě zařaditelný; buď pod existenciální, nebo integrativní směry; plus jsou další modifikace Gestaltu (jako Gestalt terapie pole – lidem nelze porozumět izolovaně, ale jako celku vč. prostředí a vztahů; lidské chování nelze zdůvodnit jediným motivem či příčinou, vše je provázané; různí lidé vnímají pole různě, pole je organizováno v souladu s potřebami a zájmy jedince,...)

TEORIE OSOBNOSTI

- Osobnost jako existence biologického organismu, jehož základní snahou je naplnění základních instinktivních potřeb (hlad, sex, přežití, bezpečí, dýchání)
- Na základě instinktů se formují konečné cíle a v průběhu života se formují sociální role = prostředky, jak potřeby uspokojit (pokud se čl. vyvíjí zdravě; pokud ne, víc se soustředíme na roli než uspokojení potřeb -> deficit energie k uspokojení potřeb, čl. si na něco hraje – „soc. hry“)
- Proces uspokojení potřeb představuje proces vytváření celků (gestaltů)
- V rámci vývoje záměna konečných cílů za cíle sociální a více investice do společenských her
- Identifikací se sociální rolí a jejich opakováním vznik rigidních vzorců následně představují součást Ega
- Slepé uličky jako negativní jev pro zrání jedince= pokud mám vývojový úkol, ale ne možnosti k jeho naplnění = stagnace psych. vývoje
- Prožitek slepé uličky vede v ustrnutí v procesu zrání
- celkově je nutné na osobnost nahlížet v celistvosti jednoty těla, mysli a emocí, tyto je potřeba si uvědomovat a být s nimi v kontaktu
- Další zdroje uvíznutí ve vývoji:
 - o **Katastrofická očekávání a obavy z negativního hodnocení** (-> stagnace, projevy strachu z nezávislosti)
 - o **Projevy nedokončených záležitostí**
 - o **Princip tady a teď**
 - o **Princip polarity** (zapálit svíčku znamená vytvořit stín, pán a otrok)
 - **Top dog (pán)** – radí nám, co bychom měli dělat
 - **under dog (otrok)** – pasivně se brání, vymlouvá se, nechce se mu
- skupinové hry: slouží k tomu, aby se pán a otrok pohádali (např. „dvě židle“) -> cílem je polarity v čl. sjednotit
- opakováním vzorců chování vznikají rigidní struktury = základ osobnosti
- zdravý vývoj osobnosti:
 - o plynulé uvědomování si potřeb & mám prostředky, jak potřeby uspokojit
 - o živ. cyklus metuje od závislosti na okolí po spolehnutí se sám na sebe
 - o postupné přijetí zodpovědnosti za vlastní jednání & uvědomění si, že i druhí jsou zodpovědní sami za sebe -> umožnit druhým autonomii
 - o „nejsem tu od toho, abych plnil tvá očekávání, a ty nejsi od toho, abys plnil moje; pokud se v očekávání střetneme, je to super“

TEORIE PSYCHOPATOLOGIE

- Ideál je jedinec, který je schopen seberegulace, adaptace se na měnící podmínky, schopný přijmout vzájemnou závislost s druhými lidmi
- Psychická porucha: ztráta pružnosti a tvořivého přizpůsobení se měnícím se podmínkám nebo ztráta schopnosti tvořivého kontaktování a vzájemné interakce se životním prostředím
- Překážky pro klienta v tomto procesu jsou životní témata
- **Fixované gestalty**: nezralé způsoby řešení problémů, které se staly navyklymi a nevědomými reakcemi
- Neuróza představuje špatný kontakt se svým tělem, se svým okolím a vnějším světem
- Potíže se projevit autenticky v popředí je více konvenčního jednání
- Vznik nedokončených záležitostí na základě překážek, což vede k omezování duševního života
- 5 stádií růstu:
 - o **Falešnost a předstírání** (jakoby, popírání skutečného Já)
 - o **Fobická vrstva** (vyhnutí se vlastním prožitkům, katastrofická očekávání)
 - o **Slepá ulička** (nejsou prostředky pro zvládnutí, manipulace svou bezmocí a neschopností)
 - o **Implozivní vrstva** (zthulost, strnutí, nejistota akce, rigidní chování, je potřeba odložit)
 - o **Explozivní vrstva** (opuštění rolí a návyků, pověstí, čímž se uvolní energie; jedinec se osvobozuje)
- Souvislost mezi vznikem neurotické sy a způsobem kontaktu jedince s okolím

- Potíže v tomto kontaktu se promítají do způsobů odporové interakce
- ideálem terapie je jedinec schopný adaptace, sebedopory, pečuje o vl. potřeby, je zodpovědný za smysl života a uznává autonomii ostatních
- manželé Polsterovi: psychopatologie = porucha kontaktu mezi jedincem a prostředím (porucha toku energií); procesy „**odporové interakce**“:
 - o **Proces introjekce** (– jedinec investuje svou energii do pasivního se ztotožnění s prostředím (nekritický, nespecifikuje své požadavky, bere věci za své)
 - o **Proces projekce** (zapírám sebe sama, vliv přisuzuji okolí, vzdám se vl. účasti na prostředí, prožívám se jako bezmocný)
 - o **Proces retroflexe** (přísně omezím výměnu mezi sebou a prostředím (izoluji se))
 - o **Proces deflexe** (– chaos, nahodilost investic energie do okolí, bez cíle, končím v bankrotu a vyčerpání)
 - o **Proces konfluence** (nechávám se unášet proudem, stávám se konvenční)
- Další problémové způsoby kontaktního stylu:
 - o **Desenzitizace** (dochází k rozvoji procesu, ve kterém jedinec záměrně znecitlivuje sebe sama vůči vnějším podnětům)
 - o **Egotizace** (přílišnou ostražitost a nadměrné sebezpozorování, které blokuje spontaneitu jedince)

TEORIE PSYCHOTERAPEUTICKÉHO PROCESU

- Důraz je kladen na opuštění vysněné existence
- Důraz na explozivní zážitek katarze a uvolnění emocí
- Terapeut vede tady a teď a snaží se rozkrýt falešné role a hry klienta
- Terapeut nabízí uvědomění, sebezpoznaní a změny, poskytuje zpětnou vazbu toho, co vidí a co si myslí
- Důraz na osobní zodpovědnost klienta
- Tlak na otevřené projevování emocí, sebevysvětlení pomocí dialogu

TECHNIKY GESTALTU

- dnes už ale tolik technicky nepracuje
- **Prázdná židle** (& posadte si na ni toho, koho chcete; svou vztahovou osobu)
- **Pán a otrok** (viz výše)
- **Vnitřní Dialog** (taky předsedáním na židlích)
- **Pozice druhého** (kl. hraje roli toho, koho obviňuje)
- **Zkouška v odhadování myšlení „čtení myšlenek“** (odhadněte, co si myslí druhí; skupinová technika)
- **Prožitek vlastního těla**
- **Přijetí zodpovědnosti** („...a nesu za to zodpovědnost“ jako mantra za každou větou)
- **Protichůdnost** (dálej opak toho, na co jsi zvyklý)
- **sebeodhalení** (hl. v párové terapii; vyjádření pozitivních i negativních pocitů)
- **doplňování vět** (klienta terapeutem -> k vzhledu)
- **zaměření na neverbální chování**

opakování a dramatizace výroků klienta

19. BEHAVIORÁLNÍ, KOGNITIVNÍ TERAPIE A KBT

HISTORICKÉ SOUVISLOSTI VÝVOJE KBT

Vědecké období (konec 19. – první polovina 20.století)

1. Behaviorismus

- I.P.Pavlov – „klasické podmiňování“
- E.L.Thorndike – „zákon účinku“
- J.B. Watson – „behaviorismus“
- B.F.Skinner – „operantní podmiňování“,
- O.M.Mowrer – „dvoufaktorová teorie“ úzkosti a vyhýbání

2. Kognitivní psychologie

- G.A.Kelly – „personální konstrukty“
- A.Bandura – „sociální učení“ (nápodoba)
- M.Seligman – „naučená bezmocnost“

80. léta 20.století – současnost

A.A.Lazarus, D.Meichenbaum, M.Mahoney, A.Freeman, F. Dattillio, D.M.Clark, P.M.Salkovskis

1. BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

- Vychází z teorie učení (vliv obecné a sociální psychologie)
- Vlivní představitelé teorií se snaží **eliminovat spekulace** v psychologii, měří, zjišťují a pozorují fakta, využívají experimenty a ovlivnitelné fenomény
- Tvrdí, že abnormální **chování a reakce jsou naučné** a je možné je **přeúčit**, důraz na **techniky v psychoterapii**
- Abnormální chování vzniká a udržuje se stejně, jako to normální
- Adaptivní chování je naučená reakce
 - Hull (teorie posilování)
 - **Skinner** (instrumentální podmiňování)
 - **Watson** (pokus s malým Albertem)
 - **Pavlov** (klasické podmiňování)

ZAKLADATELÉ:

- **Eysenck** (studium osobnosti, navrhl dotazníky k měření rysů osobnosti: MMQ, MPI, EPI. Zkoumal motivaci, inteligenci, psychopatologii a byl kritikem psychoanalýzy. Pokud máme aplikovat psychoterapii, chce ověřené a fungující způsoby.
- **Josef Wolpe** (americký psychiatr: definoval neurotického chování jako: přetrvávající návyku neadaptivního chování, které **je získané učení** u fyziologicky normálního organismu).
 - **Teorie o recipročním (vzájemném) útlumu** (pokud jsme relaxovaní, nemůžeme mít v tu chvíli úzkost – tedy utlumení strachových reakcí tím, že vyvoláme neslučitelnou reakci (relaxaci)). Jonesová v pokusu využila konzumaci jídla, relaxaci (svalovou), sex. reakce a sebeprosazení.
 - **Protipodmiňování** (experiment s kočkami: po zvuku dostaly el. šok s potravou, kočka přestala jíst. Tímto averzivním učením ovlivňoval základní pudy. Poté využil protipodmiňování, kdy kočkám úplně změnil prostředí – začaly jíst. Postupně tu klec měnil vizuálně na tu původní, ale kočky stále jedly.) Cíl: oslabit pouto mezi podnětem a úzkostí.
 - **Hierarchie úzkosti a strachu** (vytvoříme si seznam/škálu scén, které jsou odstupňované podle míry úzkosti a strachu, kterou vyvolávají. Pracujeme na jejich zvládnutí postupně od nejmenšího strachu)
 - **Systematická desenzibilizace** (Při hluboké svalové relaxaci a uvolněním je konfrontován s obávanými podněty).
 - **Relaxace a představa uklidňujících scén** (představuje si situace vyvolávající úzkost, v relaxovaném stavu. Když to zvládne, posunou se dál).
 - **Nácvik asertivity**
 - **Analýza situací vyvolávající úzkost**

DALŠÍ METODY BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

- Habituační (přivýkání)
- Dvoufaktorová teorie strachu (Mowrer)
- Tvarování
- Naučená bezmocnost
- Učení nápodobou
- Zástupné klasické podmiňování emočních reakcí

2. KOGNITIVNÍ TERAPIE

- Vychází také z atribuční teorie (události přisuzujeme významy).
- Zakladatelem je **Albert Ellis**. Jedná se o logickou a racionální argumentaci, snahu analyzovat omyly v uvažování a interpretovat duševní jevy z hlediska kognice. Zabývá se kognitivními událostmi, jejich interpretací, hodnocením, přesvědčením (racionálním x iracionálním) a tzv. bychy musy (slangově „bych“ a „musím“)
- Vytvořil systém zaměřující se na jádrová přesvědčení člověka (beliefs), jeho předpoklady a nelogická uvažování > zpochybňování a testování pravdivosti těchto myšlenek
- **Teorie ABC:**
 - **Activation** (někdy se užívá antecedents: co tomu přechází): aktivující událost
 - **Belief** (přesvědčení): jak událost interpretuje
 - **Consequences** (následky): co člověk prožívá, jak se pak chová
V terapii se poté užívá ještě D,E,F,G
 - **Diskuze** o problému
 - **Efektivní alternativní myšlenka**, nová filozofie (do budoucna, překonání maladaptivních myšlenek)
 - **Základní cíle (Fundamental goals)**: čeho chce člověk dosáhnout nebo co je ideální stav, jak by to mělo vypadat
 - **Cíle (Goals)**: krátkodobé, následující kroky
- **Techniky a metody:**
 - Grafy, sebmemonitorovací systémy, škály, tabulky, zápisky, deníky
 - Schopnost terapeuta pohotově reagovat, být empatický a adekvátně direktivní

KOGNITIVNÍ PROCESY (A. T. BECK)

- Kognitivní události (automatické myšlenky a představy)
- Kognitivní procesy (zpracování info, ukládání, vybavování)
- Kognitivní schémata (základní: výkon, přijetí, moc)
- Složka kognitivní, afektivní, motivační, instrumentální
- Jádrová přesvědčení a odvozená přesvědčení

KOGNITIVNÍ OMYLY

- Vznik na bázi asimilačního procesu
- Nepodložené závěry
- Zkreslený výběr faktů
- Přehánění a bagatelizace
- Černobílé myšlení
- Čtení myšlenek
- Negativní věštby
- Diskvalifikace pozitivního
- Argumentace emocemi

3. KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

4 SMĚRY V KBT:

1. **„Behaviorální“ terapie s kognitivními prvky** (sociální dovednosti, nácviky, sebeinstruktáže, řešení problému, metody proti stresu (Lazarus, Freeman atd.)
2. **„Kognitivní“ terapie s behaviorálními prvky** (Racionálně Emoční Behaviorální Terapie (REBT od A. Ellise), kognitivní terapie (Beck, Padesky, Wells) a kognitivně behaviorální terapie (Clark, Salkovskis)
3. **„Konstruktivistická“ kognitivní terapie** (konstruktivistická vývojová terapie“ M. Mahoney), strukturální kognitivní terapie (Guidano, Liotti)
4. **Mindfulness, virtuální realita, schéma terapie**

CO JE KBT:

- 1) Relativně krátká, časově omezená 2) Strukturovaná, cílená 3) Terapeutický vztah je založen na otevřené aktivní spolupráci 4) Opírá se o poznatky teorie učení a kognitivní psychologie 5) Zaměřuje se na především na přítomnost a na budoucnost 6) Zaměřuje se na konkrétní, jasně definované problémy 7) Stanovuje si konkrétní, funkční cíle 8) Zaměřuje se primárně na pozorovatelné chování a na vědomé psychické procesy 9) Uplatňuje vědeckou metodologii (pozorování, měření, testování hypotéz) 10) Cílem je soběstačnost klienta
- **V terapii sledujeme:** kognitivní procesy, emoce, tělesné reakce a chování (performační, zabezpečovací, vyhýbavé, zabezpečovací interpersonální) > bludný kruh

KBT NENÍ:

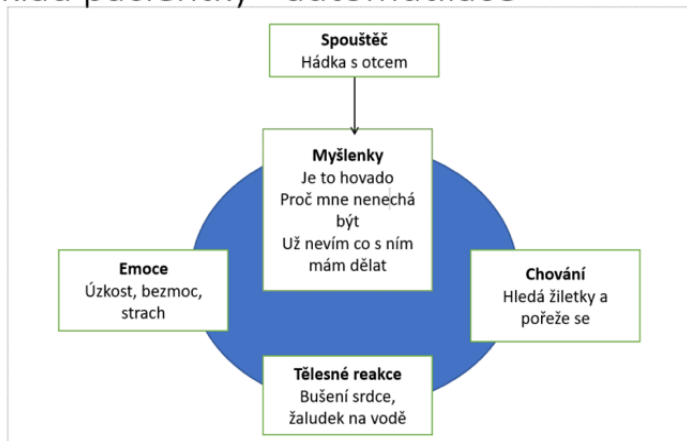
- Zaměřená na příznaky, Povrchní, Manipulativní, Mechanická, Neignoruje význam terapeutického vztahu, Nepopírá existenci a význam nevědomých psychických procesů

JAK PRACUJE KBT

- KBT formulace problému
- Vysvětlení KBT přístupu v léčbě
- Zahájení terapeutického procesu
- Vytváření terapeutického vztahu
- **BEHAVIORÁLNÍ ANALÝZA: Zkoumáme sekvenci ABC**
 - Popsat jasně problémové chování
 - Čím je toto chování vyvoláváno
 - Určit, jaké důsledky toto chování udržují
- **KOGNITIVNÍ ANALÝZA A FUNKČNÍ ANALÝZA**
 - Kognitivní události a procesy
 - Schémata a přesvědčení
 - Funkční analýza: Proč toto chování nevyhasíná?
 - Kdo, co a jak toto chování posiluje
 - Jak toto problémové chování zasahuje do běžného života pacienta
- **Identifikace dysfunkčních schémat**
 - **Princip padajícího šípů** (pozn.= řetězení významů): Co to vás znamená, co to vypovídá o vás, o druhých a o světě
 - Katastrofické scénáře – co nejhoršího se může stát, jak moc je to pravěpodobné
 - Identifikace se celkem daří, spíše se pak objevují otázky: no a co teď s tím –(schémata jsou různě propojená)
- **Metoda padajícího šípů**
 - Bojím se ostatních, mám strach z lidí, z táty
 - ↓
 - Ostatní mi budou ubližovat, nebudou mne respektovat
 - ↓
 - Ano, jsem slabý, k ničemu...
 - ↓
 - Nikdy nic nedokážu, nebudu mít dobrý život
 - ↓
 - Jsem bezcenný, nikdo mně nemá rád
 - ↓
 - Odvozené jr. Přesvědčení: budu se chovat zle jako ostatní a vybuduji si respekt a úctu.
- **PREDISPONUJÍCÍ faktory** (vrozená zranitelnost, vývojové otázky raného dětství)
- **PRECIPITUJÍCÍ faktory** (události bezprostředně před rozvojem onemocnění = bezprostřední příčina)
 - somatogenní – těl. onemocnění, zranění
 - psychogenní – vztah. problémy, změny v rolích, life events, ...
 - projevení psychické poruchy; symptomy - oblasti:
 - kognitivní procesy – myšlenky, představy
 - emoc. reakce – panika, smutek
 - těl. reakce – třes, bušení srdce
 - chování – co člověk dělá pod vlivem toho všeho

- performační = silné vybití afektů, propadnutí emocím (agování)
 - zabezpečovací = rituály k odvrácení katastrofy
 - vyhýbavé = snaha vyhnout se zátěžové situaci
- **MODIFIKUJÍCÍ FAKTORY** (individ. záležitost; jsou to naše osobnostní svérázy ovlivňující způsob našeho prožívání apod. – např. někoho uklidní přítomnost druhého, jiní nesnášejí otevřený prostor...)
- **UDRŽOVACÍ FAKTORY** (ty bývají v hlavním zájmu KBT; predisponující a precipitující faktory nezměníme, ale s těmahle něco dělat můžeme)
- Zabezpečovací a vyhýbavé chování
 - Přecitlivělost
 - Negativní sebeobraz, snížené sebevědomí
 - Odměna za chování okolím
 - Nedostatek komunikačních dovedností
 - Anticipační úzkost
 - Maladaptivní kognitivní styl
 - Biologické změny
 - Krátkodobé a dlouhodobé pozitivní důsledky

Příklad pacientky - automutilace



- **Behaviorální metody KBT**
 - Nácvik svalové relaxace
 - Autogenní trénink podle Schultze
 - Ostova progresivní relaxace
 - Nácvik kontrolovaného dýchání
- **Expozice**
 - Expozice in vivo
 - Interoceptivní expozice
 - Expozice v imaginaci
 - Písemné expozice
 - Zábava zabezpečovací reakce
 - Sledování a plánování činnosti
- **Metody vytvoření nového chování či jeho změny**
 - Učení podle vzoru, Formování, Řetězení, Pobízení, Hraní rolí, Zpevnění existujícího chování, Odstraňování nežádoucího chování
- **Kognitivní metody KBT**
 - Ovlivnění pozornosti
 - Sebeinstruktáž
 - Kognitivní restrukturalizace
 - Určení a změna existujících schémat
 - Práce s pozorností
 - Odvedení pozornosti (jiný předmět, tělesná činnost, mentální cvičení, počítání myšlenek...)
 - Zastavení myšlenek – stop technika
 - Kartičková technika – rub- líc
- **Sebeinstruktáž**
- Fliegel (1993) sebeinstrukce rozděluje:

- Zaměřují pozornost
- Řídí vlastní jednání
- Dodávají odvalu
- Oceňují vlastní jednání
- **Kognitivní restrukturalizace**
 - Pochopit souvislosti mezi emoční reakcí a automatickými myšlenkami
 - Rozpoznat své negativní automatické myšlenky
 - Zkoumat platnost negativních automatických myšlenek
 - Vytvořit alternativní/vyváženější myšlenku
- **Komplexní terapeutické programy**
 - Nácvik sociálních dovedností
 - Nácvik řešení problémů
 - Nácvik zvládání hněvu
 - Nácvik zvládání úzkosti
 - Nácvik empatie
 - Nácvik odolnosti vůči stresu
 - Nácvik asertivního jednání
 - Nácvik zvládání impulzů
 - Nácvik snížení přecitlivělosti

SCHÉMA TERAPIE

MALADAPTIVNÍ SCHÉMATA DLE YOUNGA:

- Vývoj během dětství a dospívání a formují se na základě uspokojení či neuspokojení emočních potřeb. Projevují se napříč celým životem. Důležité je porozumět dějům vedoucím k daným schémátům

CÍLEM JE TEDY:

- pomoci najít pacientovi adaptivní cestu v naplňování svých emočních potřeb (módy, styly, schémata). Raná maladaptivní schémata mají všichni lidé rozdíl je v jejich množství a intenzitě

POTŘEBY DLE YOUNGA:

- potřeba bezpečné vztahové vazby k ostatním
- potřeba autonomie, kompetence a potvrzení identity.
- potřeba svobodného vyjadřování svých potřeb a emocí.
- potřeba spontaneity a hry.
- potřeba hranic a sebekontroly

VZTAH TEMPERAMENTU A PROŽÍVANÝCH ZKUŠENOSTÍ

- Vyhubavý, plachý ↔ Vycházející, společenský
- Ne-emocionální ↔ Emocionální
- Klidný ↔ Úzkostný
- Pesimistický ↔ Optimistický
- Pasivita ↔ Aktivita

SCHÉMATA

- Schémata lze dělit na podmíněná a nepodmíněná. Podmíněná schémata dle Younga udržují naději k možné změně (např. podrobování se, hledání souhlasu a uznání). Nepodmíněná schémata však představují limitovanou naději v řešení a změně, tj. lidově ať člověk dělá, co dělá, výsledek je stále stejný, klient je stále nemilovaný, nepřijímaný a odmítaný. Mezi tato nepodmíněná schémata řadíme např. zneužívání, emoční deprivaci, nadřazenost a grandiozitu, závislost na druhých. S ohledem na tato schémata v rámci terapie sledujeme i jejich projevy v tzv. modech.
- Módy představují typické komplexní vzorce myšlení, chování a emoční prožívání, které fungují a projevují se v typických situacích

ZJIŠŤOVÁNÍ MALADAPTIVNÍCH SCHÉMAT

- **Dotazník YSQ** (pozn. je to test raných maladaptivních schémat)
- Podrobným rozhovorem s klientem a zarámování jeho schématu
- **Prolínání schémat** – je časté a logické, vždy je potřeba se v nich orientovat a postavit je terapeuticky od jejich tíže (kontrakt s klientem). Z hlediska kognitivní disonance je možný posun i na dalších úrovních.

RANÁ MALADAPTIVNÍ SCHÉMATA- IV. KATEGORIE

- Porucha navázání vztahů a odvržení
- Narušená autonomie a projev
- Narušení hranic
- **Porucha navázání vztahů a odvržení** (potíže s tvořením bezpečných vazeb, traumatické dětství, vyhýbání se blízkým vztahům
- Zaměření se na druhé
- Nadměrná ostražitost a inhibice

- Schémata: opuštění, zneužití, emocionální deprivace, vadnost, sociální izolace
- Dále narušená autonomie a pocitu kompetence, narušení hranic, zaměření se na druhé, nadměrná ostražitost a inhibice

Nepodmíněná schémata	Podmíněná schémata
Opuštění/nestabilita	Podrobení se/submisivita
Zneužívání/nedůvěra	Sebeobětování/přehnaná odpovědnost
Emoční deprivace	Hledání souhlasu a uznání
Vadnost/stud	Nadměrná sebekontrola/emoční inhibice
Sociální izolace/odcizení	Perfekcionismus/hyperkritičnost
Závislost/neschopnost	
Zranitelnost vůči zranění	
Propletení/nevyvinutí jáství	
Selhání	
Negativismus/obava z chyb	
extrapunivita	
Nadřazenost/grandiozita	
Nedostatečná sebekontrola/sebedisciplína	

DĚTSKÉ MÓDY:

- **Šťastné dítě** – jádrové emocionální potřeby jsou naplňovány.
- **Zraněné dítě** – výsledkem maladaptivních schémat (opuštěné, zneužívané, deprivované, odmítané dítě)
- **Rozzlobené dítě** – zloba na neuspokojené potřeby v dětství, jedinec jedná zlostně bez ohledu na důsledky svého jednání.
- **Nedisciplinované/impulzivní dítě** – vyjadřuje silné emoce, jedná impulsivně tj. podle touhy a náhlých pociťovaných potřeb, bez ohledu na důsledky

MÓDY DYSFUNKČNÍHO ZVLÁDÁNÍ:

- **Odtažitý obránce** – emoční uzavírání, vyhýbání se blízkosti, intimity, podléhání abúzu, přítomno zabezpečující a vyhýbavé chování.
- **Přizpůsobivý přežívající** – chová se pasivně, bezmocně snaží se naplnit potřeby druhých na úkor svých potřeb
- **Superkompenzátor** – v chování bojovnost, soutěživost, dokazování své ceny sobě i ostatním, obrana propadu do módu zranění.
- **Dysfunkční rodičovské módy:**
- **Trestající rodič** – používání výčitek, označování, jak je dané dítě v člověku špatné, nedokonalé, nepřijatelné
- **Vyžadující rodič** – princip spočívá v neustálé hodnocení a vyžadování vyšších úrovní a standardů chování, výkonu, pozice apod.
- **Módus - Zdravý dospělý** – laskavě pečuje o potřeby člověka a jeho módy, laskavě k člověku promlouvá. Zde se v terapii snažíme zprostředkovat cestu.

EXPERIENCIÁLNÍ PŘÍSTUP

- Práce s imaginací, Bezpečné místo, Imaginace z dětství, Imaginace spojování minulého s přítomným, Dialogy v imaginaci, Práce s dopisy rodičům či jiným důležitým osobám

BEHAVIORÁLNÍ PŘÍSTUP

- Detailní zaměření se na dysfunkční módy zvládání, Behaviorální experimenty, Hraní rolí, Zkoušení nového chování, Behaviorální experimenty, Potvrzování nového chování, Trénink dovedností, Modelové situace, Zkoušení nového chování vzhledem k jádrovým zážitkům

POUŽÍVÁME

- Testování platnosti schémat
- Hodnocení výhod a nevýhod copingových stylů
- Zprostředkování dialogu mezi stranou maladaptivního schématu a stranou zdravého dospělého.
- Tvorba osobní rychlé kartičky: obsahuje odpovědi z pohledu zdravého dospělého na specifické spouštěče schématu
- Tvorba schéma deníku: tvorba zdravých opovědí na reakce vlastního schématu v konfrontaci s denními událostmi

20. MANŽELSKÁ A RODINNÁ TERAPIE, SYSTÉMOVÝ A SYSTEMICKÝ PŘÍSTUP, KOMUNIKAČNÍ TERAPIE.

MANŽELSKÁ TERAPIE

= forma speciální terapie zaměřená na manželskou dvojici a její problémy

- léčí poruchy manželského soužití
- práce se dvojicí
- Z části se překrývá s manželským poradenstvím – je zaměřené spíše na rady

1. DYNAMICKÁ MANŽELSKÁ TERAPIE

- manželství = výsledek působení sil v osobnostech s jejich historií, zejména vztahové
- posouzení manželské dynamiky a vnitřní motivace obou partnerů
- zkoumají se nesplněná očekávání vyplývající z minulých zážitků
- hodnocení vlivu primární rodiny na každého z manželů (atmosféra, rozdělení moci, vztahové vzorce, opakované konflikty)

= náhled a pochopení souvislostí

VĚDOMÁ A NEVĚDOMÁ MANŽELSKÁ SMLOUVA

= manželský kontrakt – očekávání a přísliby, smlouva má reciproční charakter

- to co je každý z partnerů připraven dát a co očekává
- týká se všech aspektů manželského života (úspěch, moc, sex, peníze, děti, ...)
- smlouva není předem projednaná. Přesto se každý z partnerů chová, jako by byla podepsaná a odsouhlasená

= zformulovat jednotlivé uvědomované a neuvědomované složky

PŘENOS NEUSPOKOJENÝCH POTŘEB Z DĚTSTVÍ

- v narušených manželstvích mají jeden nebo oba partneři přetrvávající potřeby, které v dětství nebyly uspokojeny
- chovají se k sobě jako ke dřívějším objektům
- opakované konflikty, přenášená očekávání, projektivní identifikace (koluze) – společná hra a tajné dorozumění
- bludné kruhy

MODELY Z PRIMÁRNÍ RODINY

- neuvědomělá tendence opakovat model své vlastní primární rodiny
- otázka shodnosti modelů manžela a manželky

KOMBINACE TYPŮ OSOBNOSTI

- žena toužící po lásce a citově chladný manželka
- muž, který hledá v ženě matku
- paranoidní manželství
- manželství s oboustrannou závislostí

2. BEHAVIORÁLNÍ A KOGNITIVNÍ MANŽELSKÁ TERAPIE

- usiluje o přímou změnu s využitím podmiňování a učení
- navodit vzájemné kladné chování manželů
- nácvik potřebných dovedností – komunikace
- vypracovat a uskutečnit manželskou smlouvu
- nácvik řešení problémů

OPRAVOVÁNÍ NESPRÁVNÝCH PŘEDPOKLADŮ

- kognitivní terapie
- zkreslené vnímání výroků
- přepisování zlých úmyslů
- předvídané očekávání špatného chování partnera
- zevšeobecňování předpokládaných špatných vlastností

= změna myšlení, naučit se rozpoznávat automatické myšlenky

3. HUMANISTICKÁ MANŽELSKÁ TERAPIE

- důraz na celkovou změnu postoje k pojetí manželství
- plné sebe projevení a autentičnost
- tolerantnost a respekt k odlišnostem

OTEVŘENÁ KOMUNIKACE

- požadavek přímého otevřeného sdělování
- **Satirová**: 4 přístupy nepružného neautentického prožívání
 1. Karatská komunikace – napomínání, kritizování, obviňování, odmítání, vyčítání
 2. Podrobná komunikace – usmiřování, převládá vyjadřování souhlasu
 3. Chladná komunikace – racionální, suše věcná, korektní bez citového projevu
 4. Zavádějící komunikace -netýká se toho, o čem hovoří druzí
- odražení agrese, empatie, vřelost a opravdovost

ROGERSOVSKÝ PŘÍSTUP

1. **oddanost** – vzájemná spolupráce
2. **komunikace** – vyjádření pocitů bez obviňování, ochota sdělovat i negativní pocity
3. **flexibilita rolí** – žít podle vlastní volby, vlastních pocitů
4. **samostatnost** – každý z nich má být sám sebou

OTEVŘENÉ MANŽELSTVÍ

1. Žít život pro současnost – revidovat životní styl, v němž se v přítomnosti nežije
2. respekt k soukromí partnera
3. otevření komunikace – neočekávat, že partner uhodne naše myšlenky a vycítí pocity
4. flexibilita rolí – neulpět na tom, co je tradičně považováno za manželství
5. otevřené partnerství – přijmout, že partner se může věnovat i aktivitám, které jeho partner nesdílí, mít vlastní přátele i opačného pohlaví
6. rovnost
7. autentičnost
8. důvěra

GOTTMANOVA PÁROVÁ TERAPIE

Premisy

- většina konfliktů ve vztahu není řešitelná, konflikty se opakují, spočívají v trvalých rozdílech osobnosti
- u zafixovaných konfliktů dochází k eskalaci a negativním afektům
- páry, které se brzy rozvedou charakterizuje destruktivní eskalace konfliktů, druhou destruktivní formou je emočně chladná interakce, zcela bez afektu
- dobré vztahy charakterizuje vstřícný uhlazený přístup s akceptováním kompromisu a neutrální interakce, humoru a přívětivosti
- budování positivity ve vztahu je nezbytné pro trvalou změnu, zlepšení přátelského vztahu
- stabilitu a štěstí podporuje vytvoření společných významů

Praxe

1. snížit během konfliktu negativní afekty
2. zvýšit během konfliktu pozitivní afekty
3. rozvíjet pozitivní afekty mimo konfliktu
4. prozkoumat odlišnosti partnerů v pohledu na emoce
5. vytvořit a podporovat sdílený pohled na životní smysl

RODINNÁ TERAPIE

- Rodinná terapie se zabývá rodinnými problémy a usiluje o jejich překonání. Nastavení harmonického fungování celé rodiny. V terapeutických sezeních pracuje s celou rodinou a na každého člena nahlíží jako část rodinného systému a tím pádem v jeho problémech hledá souvislost se současným fungováním celé rodiny.
- Začala vyvíjet po 2. světové válce. K jejímu rozvoji přispělo zkoumání vlivu rodiny na rozvoj schizofrenie a souběžné rozvíjení obecné teorie systémů spojené se jménem L. Von Bertalanffyho
- systémové myšlení zdůrazňuje cirkulární kauzalitu a také chápání existence člověka jako neoddělitelnou součást rodinného systému

- Historické okénko do výzkumu schizofrenie
- **Antropolog Bateson a skupina Palo Alto** = patologní vliv dvojné vazby ve vztahu dítěte a rodičů
- **Lidz a spolupracovníci na Yaleově univerzitě** = nezralost rodičů u mladých hospitalizovaných schizofreniků.
- **Popsali dva vzorce**: manželský rozkol (rodiče jako dvě nepřátelené strany usilující o získání dítěte) a pokřivený manželský vztah (má-li rodič patologické rysy a rodina se snaží předstírat, že je vše OK)
- Bowen zkoumal rodiny schizofreniků a formuloval tzv. Trígenerační hypotézu = rodiče jsou nezralí a emoční problémy přenášejí na děti
- Wynne zkoumal vznik identity u jednotlivých členů rodiny = v rodinách schizofreniků pozoroval pseudovzájemnost (snaha působit dojem porozumění a ve skutečnosti mít odstup. To znemožňuje plné osamostatnění já a závislost na rodině)
- Souběžně s výzkumy se rozvíjela terapeutická práce rodinami. V rodinné terapii se odrazily zkušenosti s černošskými a portorickými rodinami z chudinských čtvrtí New Yorku ohrožených disociálním vývojem synů (Minuchin). Promítly se do ní také některé zkušenosti psychoanalytiků (Ackerman), laskavé a chápající postupy zdůrazňující kladnou emotivitu a její projevy (Satirová) i přístupy behaviorální (Lieberman) zaměřené na trénink otevřené pozitivní komunikace a na racionální řešení problémů.
- **Ackerman** – důležité je získání náhledu, jak se přenášejí problémy z dětství do fungování rodiny. Za podstatný dílčí cíl považuje dosažení pružných rolí.
 - Bowen – usiluje o dosažení diferenciaci a autonomie členů R - členové rodiny k sobě mají blízký vztah, zároveň však pevné a jasné hranice.
- **Minuchin** – zaměřuje se na rod. subsystémy a jejich hranice. Rodina funguje dobře, když je rodinná struktura jasně definovaná, vypracovaná, pružná a kohezivní. Rušivé mohou být rigidní koalice – např. Mezigenerační.
- **Haley** – předpokládá odpor a obranu rodiny proti změnám, které by narušily patologickou rovnováhu. Používá proti tomu různé manipulace a strategické postupy – např. předepisování symptomů.

SATIROVÁ - 4 NESPRÁVNÉ KOMUNIKAČNÍ VZORCE V RODINĚ

1. obviňující
 2. usmiřující za každou cenu
 3. chladně racionální
 4. nevěcná, rušivá, šaškovská
- Vede členy rodiny k rozpoznání těchto vzorců a jejich nahrazení otevřenou komunikací s pocity. Využívá pohledů do očí, doteků a dalších neverbálních prostředků, zejména sestavování sousoší a nastavování soch.

Kam co patří

- Pod pojem systémové pojetí se obvykle zařazuje terapie strategická (Haley), strukturální (Minuchin), terapie rodinných systémů (Bowen). Ze systémového pojetí se v osmdesátých letech oddělil přístup označovaný jako systemický, systemická terapie.

SYSTEMICKÁ TERAPIE

- Chápe rodinu jako systém, který je uzavřený, autonomní a sám sebe regulující. Hlásí se k teorii poznání (epistemologii) antropologa Batesona a neurobiologa Maturany, která se označuje jako radikální konstruktivismus. Ten praví, že vnější svět naším poznáním neodhalujeme, ale vytváříme si ho každý sám. Realita je individuální konstrukcí každého jednotlivce.
- Princip rovnováhy je nahrazen vývojovým modelem – je to koncept vztahového systému, který zajišťuje svou identitu nerovnovážnými stavy lability, které jsou nepředpověditelné.
- základní teze = problém vytváří systém. Systém totiž také objektivně neexistuje, je pouze v mysli a výroku pozorovatele.
- k hlavním představitelům patří Milánská škola, v USA Shazer, v Německu Ludewig a také centrum krátké rodinné terapie v Milwaukee ve Wisconsinu, v Anglii Jonesová.
- **Ludewig** shrnuje základní teze takto:
 1. Vše řečené je řečeno pozorovatelem
 2. Pozorovatel je jazykující živá bytost
 3. Vše řečené je vytvořeno jazykováním
 5. (Reality) jsou argumenty v konverzování

6. Systémy jsou komplexní jednotky vytvořené jazykováním
7. „Systemicky“ myslet znamená soustředit se na systémy

SYSTEMICKÉ TECHNIKY

- Cirkulární dotazování – pochází z dílny milánské školy a je nepřímou formou získávání informací. Místo toho, abychom se ptali pacienta, co on sám si myslí, ptáme se co si myslí, že si myslí jiný člen rodiny. „co si myslíte, že si přeje vaše manželka... „
- Otázky pomáhají obejít odpor ke sdělování intimních informací. Ludewig používá obecnější označení – konstruktivní dotazování - „Podle čeho poznáte, že je terapie u konce?“
- Otázka po zázraku – navržena Shazerem, který ji považuje za jednoduchý způsob, jak získat klientův popis cíle terapie. Např: „Jedné noci, zatímco budete spát, se stane zázrak a váš problém se vyřeší. Vy o tom nebudete vědět. Podle čeho ráno poznáte, že se stal zázrak? Co se změní?“ (Toto můžeme formulovat i ve vztahu k významným osobám.)
- Technika zázračné změny – souvisí s předchozí otázkou po zázraku. Chceme, aby pacient předstíral, že zázrak už se stal a aby pacient pozoroval, jak na to bude reagovat okolí, například partner.
- Zhodnocení pozitiv – Shazer nabádá rodinu, aby pozorovala to, co v rodině považuje za pozitivní a nosné a co nechťejí, aby se změnilo.
- Reflektující tým – pozorování terapie za jednosměrným zrcadlem se stala novou technikou. Reflektující tým podává poznatky v průběhu sezení s rodinou, nebo po jejím skončení, rodina se také může podívat na videozáznam zachycující úvahy reflektujícího týmu. Nebo může tento člověk sedět přímo v místnosti a na pokyn sdělovat své dojmy.
- Externalizace problému – bere pacientův symptom či problém za něco, co je vně pacienta a nepatří k jeho osobnosti. Tím se zbavuje kritiky, problém je vnímán jako něco cizího, proti čemuž je potřeba společně bojovat.
- Další techniky – pozitivní přeznačování problému, vyjádření pochybností o možnostech změny a paradoxní pokyny, jako například předepisování symptomu.

KOMUNIKAČNÍ TERAPIE

- = strategická = interakční = paradoxní terapie (užívá manipulací a paradoxů)
- Škola **Palo Alto** (v Kalifornii)
- pracovní skupina (Bateson, Haley, Weakland, Fry, Jackson) – zvláštnosti komunikace schizofreniků (nejspíš vliv dvojné vazby)
- pracovní skupina (Watzlawick, Weakland, Fisch, Bodin) – manipulačně direktivní krátká komunikační terapie

ROZLIŠUJÍ TŘI DRUHY VZTAHŮ:

- 1) symetrický = rovnost, obě strany iniciují, nadávají, chlubí se apod.
- 2) komplementární vztah = jedna strana radí, druhá přijímá
- 3) metakomplementární vztah = jedna strana nutí druhou k používání manévrů (např. zneužívání pečovatelsví druhého)

DALŠÍ POJMY KOMUNIKAČNÍ TERAPIE

- metakomunikace = neverbální a paraverbální modulace řeči
- dvojná vazba = nesoulad metakomunikace a neverbálního projevu
- sekundární zisk z psychogenní nemoci = terapeut akceptuje, ale řídí klienta (-> metakomplementární vztah)
- komunikace digitální x analogová (Watzlawick)
 - o **digitální** = logická, rozumná a věcná
 - o **analogová** = obrazná, intuitivní

KRÁTKÁ KOMUNIKAČNÍ TERAPIE

- zaměřena na přítomnost
- opravuje „špatné řešení“ (např. strategii „více téhož“)
- předepisování chování (paradoxní návod) = předpis symptomu (záměrné vyvolání). Má vždy pozitivní výsledek (symptom se buďto neobjeví, nebo bude úspěšně navozen).
- změna rámce = pojmenování problému jinak, reinterpretace (např. vzdorovitost je „snaha prosadit svou vůli“, hádka projev zájmu o druhého) - oblíbené v rodinné terapii

21. HYPNOTERAPIE, HYPNÓZA, SUGESCE, RELAXAČNÍ A IMAGINAČNÍ TECHNIKY.

HYPNÓZA

- Hypnóza představuje zvláštní psychický stav, u kterého je předpoklad, že její navození je založeno na specifických a individuálních schopnostech, tj. jeho hypnabilitě
- je charakterizována:
 - o zvýšenou sugestibilitou
 - o změněným stavem vědomí
 - o vztahem závislosti na hypnotizérovi (raport)

HYPNABILITA

- = individuální schopnost pohroužit se do hypnózy
- lze ji změřit psychometrickými nebo klinickými škálami (Standfordská škála)
- určuje maximální hloubku hypnózy
- koreluje s bdělou sugestibilitou
- rušivý vliv záporných postojů je větší, než podpurný vliv postojů pozitivních
- Hypnabilitu lze nahlížet ve dvou významech
 - o **standardní hypnabilita** - vyšší skóry dosažené na standardní škále hypnability
 - Také je významně ovlivněna celou řadou faktorů a proměnných)
 - o **základní hypnabilita** - k jejímu zjištění je nutné několikrát opakovat procesu hypnotizace, dokud se již hypnabilita nemění z čehož, lze pak vyvodit hypnabilitu, jakožto trvalou a stabilní v čase osobnostní vlastnost

ŠKÁLY MĚŘENÍ HYPNABILITY

- Standfordská škála hypnability (PRO INDIVIDUÁLNÍ)
 - o klesání ruky, oddalování rukou, halucinace komára, chuťové halucinace, ztuhlost paže, sen, věková regrese, anosmie, znehybnění ruky, halucinovaný hlas, negativní zraková halucinace, posthypnotická amnézie, ...
- Standfordská škála hypnability, Forma A (SHSS:A) a Forma B (SHSS:B)
- Harvardská škála hypnability (HGSHS) kolektivní
- Standfordská škála hypnability, Forma C (SHSS:C)
- Standfordské profilové škály hypnability (SPS), forma I a II
- Standfordská hypnotická klinická škála pro dospělé (SHCS:Adult)
- Standfordská hypnotická klinická škála pro děti (SHCS:Child)
- Londonova škála dětské hypnability (CHSS)
- Barberova škála sugestibility (BSS)
- Diagnostická škála
- Alman-Wexlerova nedirektivní škála hypnability (AWIHSS)
- Nedirektivní škála sugestibility (ISS)

SUGESTIBILITA

- Zvýšená sugestibilita je založena na jedincově připravenosti reagovat na působící sugesci a přijímat je bez jejich logického ověřování a tendenci je pozměňovat
- = vnímavost k sugescím
- Běžná součást psychoterapie
- **Placebo efekt** je založen na sugesci -> ve výzkumu hlídáno kontrolní skupinou
- Nepůsobí na logické myšlení, ale snaží se ho obejít
- Otázka účinnosti sugesci je výrazně ovlivněna danou hypnotizovanou osobou, jejím osobnostním uspořádáním a z něho vycházející sugestibilitou, což se pak projevuje v individuálních odlišnostech v reakcích na sugesci a jejich proměny u jednotlivých osob v průběhu hypnózy
- Představuje tedy podnět např. v podobě tvrzení, které je formulováno a sdělováno tak, že jeho zamýšlený účinek je samočinný, bez kritického uvažování a bez účasti vůle hypnotizované osobě
- Zvýšená je u MR

- **Sugestivní intonace** = vyslovovat tvrzení takovým způsobem, aby u naslouchajícího vzbuzovala a posilovala okamžitý dojem o jejich pravdivosti a neumožňovala pochybnosti (přesvědčení o pravdivosti a očekávání účinku, jistota, naléhavost, vemlouvavost)

TYPY SUGESCÍ

- Direktivní (říkal, co máme dělat)
- Nedirektivní /Nepřímé (něco nám vsugeruje ...hlavou nám jde nějaký zážitek)
- Autoritativní (bažení tě vůbec nebude znepokojovat, budeš v klidu dýchat a budeš uvolněný)
- Permisivní (podrobnější, zaměřen na potřebách klienta – hlavně u neuróz, prožijí to několikrát. V případě až se objeví situace, kdy nebudete schopni zabránit úzkosti, dejte si ruku do „kolečka“
- Obsahové
- Procesuální (regrese do dětského věku, progresse do budoucna)
- Pozitivní (budeš uvolněný, soustředěný, ...)
- Negativní (nedělej to, ...)
- **Posthypnotická sugesce** (posthypnotická amnézie – zapomene obsah sugesce, pokud 3krat zaklepu, na vše si vzpomeneš) -disociativní p. motoriky – chodil pouze v hypnóze

ZKOUŠKY SUGESTIBILITY

- reagování na sugesce v bdělém stavu
- předpovídají úspěch samotné hypnotizace
- sugesce obsahující vnucení nebo naopak znemožnění určitého pohybu
- sugestibilita s hypnabilitou vysoce koreluje
- klient získá také lepší představu o sugescích a prožitku při nich
- hypnotizér získá představu, které sugesce na klienta nejlépe působí
- sama hypnóza bdělými sugescemi začíná
- jsou užitečné, ale nejsou nutné
- Techniky zkoušek sugestibility
 - o **Kyvadelko** – velmi lehká zkouška, pozitivně na ni reaguje 80-90 % zkoušených; využívá se spíše při výcviku, a ne v praxi
 - o **Semknutí rukou** – pozitivně reaguje jen 10–25 % osob, korelace s hypnabilitou je až 0,70; využívá se k rychlému výběru vysoce hypnabilních osob pro demonstrační ukázkou
 - o **Padání dozadu**, padání dopředu, přitahování rukou, klesání ruky – středně těžké zkoušky, nejvíce se užívají v praxi
 - o **Metoda stupňování náročnosti bdělých sugescí** – bez přerušení zkoušky bdělých sugescí převedení do hypnotického stavu

ZMĚNĚNÝ STAV VĚDOMÍ

- Změněný stav vědomí představuje určité odpoutání se od okolí, kdy se projevuje relativně indiferentnost k reálným smyslovým podnětům
- Změněný stav vědomí a disociace
- V hypnóze se může projevit sekundární vědomí, tj. hypnóza a vědomí představují dva odlišné stavy
- Hypnóza v tomto pojetí tedy může představovat jakýsi disociační stav změněného vědomí, který je založen na aktivaci ascendentního retikulárního systému

SPECIFICKÝ VZTAH ZÁVISLOSTI NA HYPNOTIZÉROVI

- Oblast založená na specifickém interpersonálním vztahu v závislosti na hypnotizérovi (raport) představuje určité výběrové propojení mezi hypnotizovaným jedincem a hypnotizérem, kdy v tomto propojení hypnotizérovi podněty nabývají pro hypnotizovaného zvláštního významu při snížené reaktivitě na podněty okolní nekorigované hypnotizérem
- Hloubka hypnózy
 - o **Somnolence** (lehká): tato úroveň je založená na prožívání relaxace při zavřených očích, pocitech tíhy, pocitech únavy, sníženou spontaneitou, zpomalením duševních pochodů.
 - o **Hypotaxe** (střední): v této úrovni se objevuje motorické ochromení, nemožností odporovat sugescím, snížená až vymizelá spontánní aktivita
 - o **Somnambulismus** (hluboká): v této úrovni je možné vyvolat většinu i náročnějších hypnotických jevů (např. věkový regres, hypnotický kataleptický most).

RŮZNÁ POJETÍ

- Disociativní stav
- Pasivní či permissivní (nechávám se vést..)
- Hraní sociální role
- Sociokognitivní fenomén (snižuje schopnost odolávat)
- Alterovaný stav vědomí (máme několik vědomí a přepíná mezi nimi ...trans)
- S testováním reality
- Podmiňování vlastních slov a zkušeností
- Výsledek zvláštní interakce (upřené se dívání do očí)

DĚLENÍ TECHNIK

- autoritativní x neautoritativní
- přímá (hypnóza rovnou) x nepřímá (plynule ze zkoušek)
- standardní přístup (přímé sugesce u kohokoliv) x individualizovaný přístup
- **Standfordská škála** (pro individuální)
 - klesání ruky, oddalování rukou, halucinace komára, chuťové halucinace, ztuhlost paže, sen, věková regrese, anosmie, znehybnění ruky, halucinovaný hlas, negativní zraková halucinace, posthypnotická amnézie
- **Harvardská škála** (pro kolektivní)
- **metoda Orneho a O'Connella** – žádná reakce → ideomotorická reakce → nemožnost odporovat -> halucinace -> amnézie a posthypnotická sugesce

NAVOZENÍ HYPNÓZY

- **uspávací metody**
 - o fixace předmětu
 - o fixace hypnotizéra
 - o sluchové podněty
 - o pasy („magické“)
 - o slovní sugesce
- **metoda stupňování náročnosti bdělých sugescí**
 - o autorita, pevné sugesce
 - o vhodné pro hypnabilnější osoby

UKONČENÍ HYPNÓZY

- odvolání sugescí, u nichž nechceme, aby jejich účinky přetrvávaly do bdělého stavu
- po skončení se bude pacient cítit zcela bdělý, příjemně svěží a v dobré pohodě
- sugerujeme návrat do bdělého stavu (možno spojit s počítáním)
- pokyny pro případ neprobuzení: akceptovat situaci a sugerovat, že se probudí sám, kdy chce nebo až se vyspí (hypnóza přejde ve fyziologický spánek), zeptat se, proč se nechce probudit

HYPNOTICKÉ JEVY

- motorika (jednoduché pohyby, složité sekvence, katalepsie apod.)
- vnímání (parestézie, teplo, chlad, hyperstézie, analgezie – při porodech, negativní halucinace, apod.)
- vegetativní reakce (žaludeční sekrece, hladina cukru v krvi, puls, krevní tlak apod.)
- myšlení, paměť a emoce (i hypermnézie)
- prožívání situací a věková regrese (vnitřní prožitek nebo i vnější chování; možnost katarzního odžití)
- posthypnotická sugesce a posthypnotická amnézie (racionalizace po provedení sugesce; navození pomocí amuletu)

DALŠÍ FAKTORY V TECHNIKÁCH

- direktivnost X nedirektivnost (záleží na vůli pacienta, současná americká hypnoterapie); mateřská technika hypnotizace („matka uspávající dítě“ - direktivní, citlivý, vlídný, tichý a měkký styl)
- relaxace X aktivizace (chození po osmičce)
- **přerušovaná hypnotizace** (= fracionovaná hypnóza, „Nyní se na chvíli vrátíte do bdělého stavu a sdělíte mi svoje pocity. Pak budeme pokračovat dál a ponoříte se do hypnózy ještě hlouběji“)
- **prohlubování hypnózy** (sugesce: „hlubší a hlubší“, sugesce o prohloubení a ponechání několik minut pacienta v klidu, sugesce se stoupající obtížností, opakování hypnotizace)

- **sugesce ke zkoušení hloubky hypnózy** (jednoduché: tíha v ruce, zvedání ruky, nemožnost vrátit přitaženou ruku zpět, automatická rotace ruky, teplo v ruce, živý sen, halucinace mouchy apod.; složitější: nemožnost a možnost mluvit, halucinace psa, halucinace ptáka, trhání ovoce, jízda na loďce, let nad krajinou, věková regrese – př. 4let, 7let aj.)
- **kolektivní hypnotizace** (cca 12 osob, každý hypnotizuje bod na své ruce; pocity tíhy, naklánění hlavy, zvedání ruky, teplo – natáčení obličeje ke slunci, amnézie)
- **autohypnóza** (mírná – jako u autogenního tréninku, ablační hypnóza = navozování je nacvičeno s hypnoterapeutem, posthypnotické sugesce, trvání cca 2 – 10min)

HYPNOTERAPIE

- náhlé odstranění příznaků (u monosymptomatických hysterických projevů)
- postupné odstraňování příznaků (při mělké hypnóze nebo difúzní povaze symptomů)
- Léčebné sugesce

ERICKSONOVO POJETÍ HYPNÓZY

- Milton Erickson – škola Palo Alto v kombinaci s hypnoterapií
- Role hypnózy? Uznávání transových stavů
- nejasná hranice mezi komunikací a hypnózou
- individualizace a pozitivní orientace -> terapeut se nechává vést klientem (pacing), aby jej mohl lépe ovlivnit (leading); snaha o pozitivní orientaci na budoucnost, nikoli minulost
- bezprostředně pozoruje chování pacienta, důležité jsou informace o jeho prožívání
- využití nepřímých sugescí, příběhů, symbolů a metafor (postupné nenápadné vsouvání sugescí do rozhovoru či příběhu; sugesce se vyslovují pomaleji, důrazněji)
- klade důraz na samostatnou účelnou činnost nevědomí (nevědomí samo zpracuje problém, najde řešení; nevědomí = pozitivní životní síla)
- neobvyklé sugesce, instrukce, příkazy (často dramatický sled, překvapivé domácí úkoly pro zesílení příznaků, bezpodmínečné splnění úkolů, absurdní formy činností)
- S. Kratochvíl:
 - o nelze přesně říci, zda je pacient v hypnóze či není při stylu Ericksonovského pojetí
 - o Ericksonovu hypnózu nazývá „tvořivou psychoterapeutickou improvizací, která neformálně začleňuje sugesce a hypnotické prvky“

KLINICKÁ HYPNÓZA

- = léčebná hypnóza
- **přímé sugesce** („Váš stav se postupně zlepšuje a s další hypnózou se bude nadále zlepšovat“)
- **obrazné sugesce** (prožitky či scény, v nichž pacient symbolicky odkládá své potíže nebo získává žádoucí postoje či vlastnosti – utopení příznaků v řece, odložení příznaků pod stromem, spálení v ohni, puštění po větru; let do vesmíru)
- **specifické symptomatické sugesce** (jak se budou konkrétní symptomy pacienta měnit, jak bude orgán fungovat – např. enuréza – „V noci se včas probudíš a postel zůstane suchá.“; bolest hlavy – „Hlava bude klidná a lehká.“)
- **neutralizační sugesce** (pro vyvolání lhostejnosti u závislostí nebo nutkavého myšlení a strachů – „Alkohol je vám zcela lhostejný.“)
- **averzivní sugesce** (u závislostí, vyvolávání dávení, zvracení, kašel, odpor)
- zdůvodňování sugestivního tvrzení
- využití doteku (ne na místech vyvolávajících erotické pocity; pro zesílení účinku sugescí př. u bolestí)
- zpětné informace o působení sugescí – viditelné (př. parézy), dávání předem domluveného znamení
- navázání kontaktu s příznakem – zesílení a pak oslabení/vymizení
- **Zásady léčebných sugescí**
 - 1) Terapeutovi, má být dopředu jasné, čeho chce sugescemi dosáhnout
 - 2) Sugesci formuluje srozumitelně a zřetelně
 - 3) Sugesci formuluje, pokud možno, kladně
 - 4) Vytvoří si základní terapeutickou formulku, kterou ve stejném znění v průběhu hypnózy několikrát opakuje
 - 5) Sugerovaný účinek popisuje současně z různých hledisek v obměňovaných formulacích
 - 6) Podle možnosti sugesci racionálně nebo zdánlivě racionálně zdůvodňuje
 - 7) Podtrhne pacientovu vlastní motivaci, aby se sugesce uskutečnily

- 8) V některých případech může navázat kontakt s příznakem
- 9) Sugeruje, že sugescce budou trvalé a účinné
- 10) Stupňuje sugescce podle pozorovaného účinku

TERAPEUTICKÉ VYUŽITÍ HYPNÓZY

- prosté zklidnění a vyladění duševní či tělesné funkce – navození klidu, uvolnění a pohody
- prosté vsugerování žádoucího stavu – př. příjemné pocity místo bolesti, napětí; navození necitlivosti vůči bolesti; navození zdravé funkce orgánu aj.
- terapeutická abreakce – sugestivní znovu vyvolání citově nepříjemného zážitku v bezpečí hypnotického stavu
- nácvik správného průběhu – halucinované představy, v nichž uplatňují správné fungování (dýchání u astmatu), chování (okusování nehtů, agrese, kouření), učení, mluvy (koktavost) apod.
- motivační reorientace – sugescemi navozené „naprogramování“ pro budoucí situace mimo terapii
- slouží jako prvek, který umocňuje léčbu pacienta, sama není metodou léčby

HYPNÓZA U DĚTÍ

- soustředění pozornosti na určité zážitky, které prožívá velmi živě a skutečně
- malá stabilita hypnotického stavu - hypnotický stav není od nehypnotického stavu zřetelně časově oddělen, chování dítěte také není přesně rozlišitelné
- dítě se chvílemi chová jako by v hypnóze nebylo (komunikuje, ptá se na věci, které se sugescemi nesouvisí) – hypnóza může být přerušovaná (z hypnózy jej může vytrhnout příjemný nečekaný zážitek – lehce se vrátí zpátky do hypnózy; při nepříjemném zážitku či úleku je lépe hypnózu ukončit – odreagovat, uklidnit, zpracovat zážitek ve hře)
- děti jsou značně hypnabilní (stírá se hranice mezi fantazií a skutečností), ale pozornost je málo stálá, odklonitelná (lehce se zrudí)
- nerady zavírají oči, zavřou-li je – tendence ke spontánnímu opakovanému otevírání
- tendence ke spontánním pohybům a mluvě při hypnóze
- za každý úspěch je potřeba dítě chválit
- sugescím musí rozumět (slovník, osobní zkušenosti)
- s dítětem je potřeba navázat vztah bezpečí, důvěry a přátelské autority
- častá improvizace postupu ze strany hypnoterapeuta (podle reakcí dítěte)
- cesta do hypnózy – přes zajímavé vyprávění blízkého zájmu nebo hra na „jakoby“; uvedení dítěte do hypnózy by nemělo přesáhnout 5 minut (raději to zkusit při dalším sezení)
- fantazijní techniky: televizní pořad nebo film v kině, oblíbené místo, oblíbené zvíře, květinová zahrada, sportovní činnost, jízda na kole, autě a na koni, let do vesmíru
- u dětí do 4 let – nejde o hypnózu ve stejném smyslu jako u dospělých, spíše jde o zklidnění (u neklidných dětí, pro lékařský zákrok), nejvhodnější je uspávání, kolébání – přímo či za pomoci oblíbené hračky, v přítomnosti matky (dítě na klíně nebo sedí poblíž)
- motorických sugescí se začíná využívat po osmém roce věku
- okolo 14 - 16 let způsob hypnózy postupně odpovídá stylu vedení dospělých klientů
- úspěšnost hypnózy u dítěte ovlivňuje také jeho psychická vyspělost

HYPNOTERAPIE U DĚTÍ

- odstraňování nevhodných/chybných návyků – noční pomočování (úspěšná), koktavost (úspěch cca u 30 % dětí), okusování nehtů
- zvládání problémů s učením (podpora motivace, odstranění negativního vlivu emocí)
- somatické obtíže (dušnost, nechutenství, křeče, vyrážky aj.) a bolesti
- poruchy chování (podpurný vliv – odstraňování negativních emocí vůči lidem, posilování vůle, zaměření na pozitivní cíle a hodnoty, posilování motivace)
- fobie

RELAXACE

- relaxace na bázi svalového uvolnění (práce s tělem) – masáže, akupresura, reflexní terapie, postojová cvičení (ásany)
- Relaxace na bázi dechových cvičení – koncentrace na volný, přirozený průběh dechu, plný jógový dech
- Relaxačně koncentrační metody – Jacobsonova progresivní relaxace, Schultzův autogenní trénink, meditace
- Relaxačně imaginativní metody – tvůrčí představivost S. Gawainové, Silvova metoda ovládání vědomí

- Technologické postupy na bázi vizuální, resp. sluchové stimulace – biofeedback, subliminální metody
- Některé další přístupy k relaxaci – relaxace pomoci vůní (aromaterapeutický přístup), relaxace pomocí hudby (muzikoterapeutický přístup)
- Bleskové relaxační techniky – techniky, při nichž není třeba dlouhého nácvičení, dají se zvládnout během pěti minut

AUTOGENNÍ TRÉNINK

- sugesce pocitů tepla, tíhy, klidného dechu
- je nejrozšířenější tréninkovou metodou založenou na relaxaci.
- využívá poznatků o propojenosti psychické tenze, vegetativní nerv. soustavy a napětí svalstva.
- metodu vypracoval berlínský neurolog a psychiatr Schultz.
- při dobré reakci užití i sugescí, které do AT nepatří – lehkost ruky a zvedání ruky, slunění na louce a poslouchání šplouchání vody
- **Příprava prostředí**
 - o kdekoli, i bez pomůcek
 - o u méně hypnabilních osob – klidné prostředí bez rušivých vlivů
 - o pohovka s poduškou nebo křeslo

ZÁKLADNÍ AT MÁ 6 STUPŇŮ

- | | |
|------------------------|-------------------------------|
| 1. tíha v končetinách | 4. pravidelná srdeční činnost |
| 2. teplo v končetinách | 5. pocit tepla v nadbřišku |
| 3. klidný dechu | 6. chladné čelo |
- Zpočátku se tyto pocity navozují pod vedením terapeuta, vlastní autogenní trénink se provádí autosugestivními formullemi, např. „paže a nohy jsou těžké“ atd
 - lze je provádět individuálně, kdy je výhodnou větší individualizace postupu, nebo častěji kolektivně, kdy působí skupinová sugestivní atmosféra
 - Usnadňuje regulaci svalového a současně psychického napětí a umožňuje lépe ovládat některé vegetativní funkce
 - Jeho průběh je individuálně různý, mluvíme o individuálních variacích
 - Pod vedením terapeuta si pacienti vkládají do autogenního tréninku osobní formule, „hesla“, „předsevzetí“, zaměřené na zvládnutí potíží a problémů, např. „budu klidnější a výkonnější“, „cigarety jsou mi lhostejné“
 - Formule mají být pozitivní, povzbuzující, ne negativní a potlačující
 - Cvičí se jednou až třikrát denně, pravidelnost se považuje za významnější než frekvence
 - Poloha vsedě je méně náročná prostorově a provozně, hodí se do ambulantních podmínek, poloha vleže je vhodná při hospitalizaci před spánkem
 - Většinou se uvádí, že první účinky AT se projeví cca po třech měsících intenzivního tréninku (každý den půl hodiny)
 - Vyšší stupeň přechází od tělesných pocitů a relaxace k vybavení zpočátku jednoduchých a postupně složitějších senzorických prožitků se spontánním emočním doprovodem až k vnitřní meditaci o vlastní osobě
 - Příklady: 1. vyvolání představy barvy, 2. představa předmětu, 3. představa sebe sama v zrcadle, spojená s meditací o sobě a vlastních problémech, 4. autosugestivně fantazijní „cesta na mořské dno“. Je možno zařadit také „předsevzetí“. Prožitky vyššího stupně mohou mít i diagnostický význam, zvláště mají-li vztah k problémům a vnitřním konfliktům.
 - Autogenní trénink se používá u takových problémů jako jsou: neurózy, toxikomanie, psychosomatické poruchy, závislosti na cigaretě. Jde o techniku pomocnou, i když významnou a v praxi velmi užitečnou.

PROGRESIVNÍ SVALOVÁ RELAXACE (JACOBSON; ČTENO JAKOPSN)

- **Svalová relaxace v 6 stupních**
 - 1) rozlišit pocit tenze a relaxace ve svalu
 - 2) cvičení relaxace svalů hlavy
 - 3) cvičení svalů jazyka
 - 4) svaly ramene
 - 5) relaxace svalů zádočných, hrudních a břišních
 - 6) relaxace prstů rukou a nohou
- Relaxaci procvičujeme dvakrát denně, asi 10 minut.

KATATYMNĚ IMAGINATIVNÍ TERAPIE

- Katatymně imaginativní psychoterapie (jinak též nazývaná symbolické drama) patří do skupiny dynamicky orientovaných psychoterapií
- její teoretický základ vychází z **psychoanalýzy**
- Terapeut při ní žádá zrelaxovaného klienta, aby si představil určité obrazové motivy sloužící jako základ pro vytváření dalších živých, **spontánně se objevujících představ a fantaziálních dějů**
- Předpokládá se, že tyto imaginace mají symbolický význam a odráží jak aktuální emoční ladění klienta, tak i případný konfliktní materiál v jeho nevědomí nebo předvědomí.
- Klient je vybídnut, aby se pohodlně usadil do křesla nebo položil na lůžko a terapeut mu nenucenými klidně pronášenými stručnými instrukcemi pomáhá se uvolnit
- Když je klient zrelaxován, přistupuje se (na prvním sezení) k testu květiny (klient je vybídnut, aby si zkusil představit nějakou květinu a popsal ji), který má objasnit, zda a nakolik je klient schopen rozvíjet **katatymní obrazy**
- Většina lidí je ihned bez problému schopna vyvolat představu, která je napřed bledá, prchavá a je třeba volního úsilí k jejímu podržení. Tato schopnost se však velmi rychle (během jediného sezení) zlepšuje a klienti jsou schopni ve stavu lehkého pohroužení do sebe, v kterém se nacházejí, vyvolat katatymní obrazy - tj. barvitě, plastické a vnitřně autonomní imaginace, které se před vnitřním zrakem spontánně bez zapojení vůle objevují a dále se vyvíjejí.
- V dalším kroku terapeut nabídne uvolněnému klientovi představu, vágně formulovaný motiv (např. louku), který si klient představí a dále jej pod empatickým, nedirektivním vedením terapeuta rozvíjí
- Při vykreslování představy terapeut např. žádá klienta, aby pozoroval okolí nabídnutého motivu, aby popsal jeho jednotlivosti, aby zkusil zaměřit pozornost na nějakou jeho určitou část, vybídne ho, aby zkusil něco najít (např. na louce potůček), atd
- Terapeut dovoluje klientům, aby se podvolovali svým spontánním impulsům (např. klient si může chtít lehnout do trávy a pozorovat oblohu, smočít ruce v potůčku, příp. se z něho napít, atd.), příp. je k tomu přímo vyzývá - ptá se, co by klient rád v imaginativní krajině dělal
- Terapeut také často otázkami zjišťuje emoční náboj představ, ptá se jak na klienta představy působí, jakou náladu vyzařují, apod.
- Imaginace je ukončena tělesnou aktivací (např. několikrát silně zatnout pěsti a svaly, protáhnout paže, zhluboka se nadechnout, otevřít oči), která má pomoci klientovi k návratu k plné bdělosti

INDIKACE

- o neurotické poruchy
- o psychosomatické obtíže
- o posttraumatické stavy
- o poruchy osobnosti
- o poruchy přizpůsobování
- o úzkostné stavy a fobie

KONTRAINDIKACE

- o nedostatečná inteligence (IQ pod 85)
 - o akutní nebo chronické psychózy
 - o těžké depresivní rozlady
 - o nedostatek motivace klienta
-
- Metoda KIP je vhodná jak pro krátkodobé, tak i pro dlouhodobé terapie, a to s dětmi, dospívajícími i dospělými; buď jako individuální terapie (klient + terapeut) nebo skupinová terapie (několik klientů a terapeut)
 - Při skupinové se účastníci položí na zem do hvězdice hlavami k sobě a každý člen skupiny vypráví, co ho napadá k společnému motivu
 - Vzniká společná kompromisní fantazie
 - KIP se užívá též v párové a rodinné terapii

22. SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE

- účinné faktory, dynamika, koncepce a techniky, transakční analýza, terapeutická komunita

SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE

- Skupinová terapie označuje postup, který využívá k léčebným účelům skupinovou dynamiku, tj. vztahy a interakce jak mezi členy a terapeutem, tak mezi členy navzájem.
- Dnes převládá eklektické pojetí kombinující dynamickou náhledovou terapii s behaviorálním nácvikem.
- Hromadná/kolektivní psychoterapie nevyužívá dynamiky skupiny, provádí se však u více klientů současně (postup, který bychom učinili u jednotlivce provádíme u více lidí současně = besedy,...)

KONCEPCE SKUPINOVÉ PSYCHOTERAPIE

MORENŮV SMĚR

- celá struktura Morenovy skupinové PTP podněcuje u členů 2 principy, *spontánnost* a *tvořivost*
- ve vztahu k terapeutovi se uplatňuje *princip „téle“* = vhléd a vcítění se jednoho do druhého, je kohezivní silou, která podněcuje stabilní přátelství a trvalé vztahy
- hrál improvizovaně s dětmi, prostitutkami a veterány = dramaterapie

ANALYTICKÝ SMĚR

Zdůrazňuje 3 skutečnosti:

- ve skupině je usnadněna analýza přenosových tendencí, protože přenos se může vytvářet nejen vůči terapeutovi, ale i vůči dalším osobám skupiny
- malá skupina aktivizuje problematiku života v rodině v raném dětství
- neurotičtí pacienti jsou slepí jen vůči vlastním nevědomým tendencím, na druhých lidech však nevědomé tendence dovedou objevovat dobře
- Spolupráce skupiny usnadňuje terapeutovi analýzu.

FOULKES

- Měl spíše sklon vidět emoční poruchu jako poruchu vznikající v porušených interpersonálních vztazích. Skupina má umožnit:
- aby docházelo ke svobodné a spontánní interakci mezi členy skupiny
- aby se ve skupině reprodukoval patogenní konflikt a byl konfrontován s hodnotovým systémem skupiny
- aby se dosáhlo náhledu a neurotický proces „opakování“ se podrobil revizi

SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE PSYCHÓZ

- Specifika: terapeut větší aktivita, podpora, povzbuzení, struktura
- terapeut nemůže být nedirektivní, musí rozběhnout skupinové dění, být tady a nyní
- Yalom – na lůžkovém doporučuje vytvořit aspoň 2 skupiny:
- **vyšší úroveň skupin** – pro spíše stabilizované, vyprávění po kruhu o tom, co by chtěli změnit, terapeut hledá cesty, bezpečí, nevyvolávat konflikty, důraz na pozitivní stránky K pozitivní ZV
- **nižší** (pro akutní psychotiky)...ještě důležitější pocit úspěšnosti K, sezení kratší, pohybové techniky, strukturovaná cvičení – říct něco o sobě, tematické diskuze...)

ÚČINNÉ FAKTORY

- Kromě obecných účinných faktorů (pozitivní očekávání, terapeutický vztah, výklad poruchy, emoční uvolnění, posílení, zvyšování vědomí, Hawthornský efekt, katarze...) existuje i **11 účinných faktorů** skupinové terapie.

1. Dodávání naděje

- víra je sama o sobě účinná, což dokazují i výsledky placebo léčby
- uplatňuje se mimo jiné u svépomocných skupin, např. Anonymních alkoholiků
- pro členy skupiny je velmi důležité pozorovat zlepšení u jiných členů, o to víc uvěřit v možnost svého vyléčení

2. Univerzalita

- členům skupiny pomáhá, že i další lidé mají podobné problémy („jsme na jedné lodi“)
- Kratochvíl tento faktor nazývá „Členství ve skupině“

3. Poskytování informací

- zahrnuje didaktické instrukce poskytované zejména psychoterapeutem
- dále informace ohledně řešení specifických problémů a situací (např. jak překonat panický záchvat)
- přítomno v každé skupině, více se využívá v KBT, v kognitivní terapii a také u homogenních skupin, zaměřených na řešení specifického problému nebo životních krizí (skupiny obětí domácího násilí, znásilnění, pozůstalých, skupiny zaměřené na zvládání agresivity, panických poruch a fobií, závislostí, svépomocné skupiny příbuzných závislých osob...)

4. Altruismus

- „klienti dostávají tím, že sami dávají“
- členové skupiny příjemně překvapeni až dojati tím, že někomu dokázali pomoci
- pomáhá překonat chorobnou zaměřenost na sebe
- zvyšuje pocit sounáležitosti s druhými i pocit vlastní ceny a moci
- podporuje rovněž rozvoj pro-sociálního chování v životě klienta mimo skupinu
- základní stavební kámen skupinové koheze

5. Korektivní rekapitulace primární rodiny

- dá se přirovnat k přenosu v individuální psychoterapii
- členové si přinášejí negativní zážitky z minulosti (hlavně z dětství v původní rodině)
- vztahová patologie (kdy se člen skupiny k ostatním/terapeutovi vztahuje jako k důležitým osobám ve svém životě) se neposiluje – naopak se pojmenuje a nastává korektivní emoční zkušenost - klient má příležitost pochopit mnohé příčiny svých problémů a získat náhled

6. Rozvoj sociálních dovedností

- nejen nácvik nových anebo těžkých situací (např. v KBT)
- získání důležité zpětné vazby na styl chování, komunikace a vůbec bytí s druhými
- výrazně objevený a prospěšný charakter
- Kratochvíl tento faktor nazývá „Zpětná vazba, konfrontace“

7. Napodobující chování

- zejména v raných fázích terapie může členovi skupiny pomoci identifikace s jinými členy (kteří dle jeho mínění své problémy zvládají lépe)
- častá identifikace s terapeuty
- napodobení reakcí jiného člena skupiny může klientům umožnit vyzkoušet si jiné role, aby pak mohli najít tu, která je jejich (která jim nejlépe sedí)

8. Interpersonální učení

- základ celé skupinové práce spočívá v interakcích mezi členy skupiny
- každý klient může prožít a uvědomit, jaké jsou jeho typické reakce na druhé lidi, čím ho někteří například rozčilují anebo zúzkostňují
- pokud je atmosféra ve skupině bezpečná a podporující, člen má příležitost své vztahování prozkoumat (uvědomění si, že postoje k druhým členům skupiny mohou být ovlivněné zážitky z minulosti, může být pro člena skupiny zdrojem uvolnění)
- když po otevřeném vyjádření pocitů k druhému člověku ve skupině nenásleduje reakce, na kterou je klient navyklý, otevírá se prostor pro korektivní emoční zkušenost
- velmi důležité jsou konflikty ve skupině

9. Skupinová soudržnost = koheze

- má pro fungování skupinové psychoterapie podobný význam, jako má terapeutický vztah pro individuální psychoterapii
- vytváří rámec, ve kterém se teprve mohou realizovat ostatní terapeutické faktory (=bezpečná půda pro další faktory)
- je to individuální přitažlivost skupiny pro její členy
- skupina, která má dobrou soudržnost, pracuje mnohem efektivněji: má lepší docházku, hlídá si skupinové normy a má "skupinového ducha"

10. Katarze

- jak ve skupinové, tak v individuální PT
- pro klienty je úlevou, když můžou uvolnit své emoce, odreagovat se

- vysoce nápomocná např. při zpracování zážitků z těžkých životních situací
- podmínkou, aby proběhla, je bezpečná, přijímající atmosféra skupiny

11. Existenciální faktory

- dodatečně zařazený faktor
- souhrn toho, co si v jisté fázi života potřebuje uvědomit každý, i zdravý člověk: přiznat si, že tomu, co je pro něj v životě nejdůležitější, věnuje příliš málo času
- uznat svou konečnost
- vnitřně, do hloubky pochopit, že za svůj život je plně zodpovědný jedině on sám
- díky účasti na skupině tak může klient prohloubit své pochopení lidské existence a změnit pohled na svůj vlastní život, žít autentičtěji

KRATOCHVÍL ROZLIŠUJE 10 ÚČINNÝCH FAKTORŮ:

1. ČLENSTVÍ VE SKUPINĚ

Už sama účast ve skupině může působit léčebně a vyvolávat změnu. U pacientů izolovaných od společenských kontaktů mohou přijetí do skupiny a aktivita v ní znamenat korektivní zážitek. Příznivá atmosféra ve skupině a vzájemné kladné vztahy působí podpůrně na zmírňování obtíží. Příznivá atmosféra terapeutické skupiny není ovšem konečným cílem: jde o to, aby se skupinové zážitky staly podkladem pro uspokojivější zapojení pacienta do jeho přirozených skupin v životě.

2. EMOČNÍ PODPORA

Pro emoční podporu má význam vytvoření klimatu psychologického bezpečí. V nejjednodušší formě se emoční podpora jedinci uplatňuje v tom, že mu ostatní členové naslouchají a snaží se mu porozumět. K tomu přistupují akceptování a empatie. Člen je přijat bez ohledu na své postavení, potíže, vlastnosti a minulost. Je přijat takový, jaký je.

3. POMÁHÁNÍ JINÝM

Terapeuticky kladně může působit nejen to, že pacient dostává podporu a že mu druzí pomáhají, ale také to, že sám pomáhá jiným, že nabízí podporu, empatii, interpretaci a rady a sdílí s druhými jejich problémy. Pomáhá překonat chorobnou zaměřenost na sebe, zvyšuje pocit sounáležitosti s druhými i pocit vlastní ceny a moci. Je specifický pro skupinovou terapii: chybí v individuální terapii, v níž je pacient pouze v situaci člověka, kterému se pomáhá. Ve skupinové terapii se pacienti ve vztazích k druhým podílejí i na terapeutických úlohách. Může tedy dojít k jednotě přijímání a dávání.

4. SEBEEXPLORACE A SEBEPROJEVENÍ

Skupinová psychoterapie podněcuje otevřené sebeprojevení vč. projevení i skrytých myšlenek (zážitků, přání). S tím souvisí aktivní zkoumání sebe, které jako terapeutický mechanismus potvrzují zejm. Rogers a jeho škola.

5. ODREAGOVÁNÍ

Silné projevení afektu je důležitou součástí terapeutického procesu, i když samo o sobě pravděpodobně nevede ke změně. Spíše pro ni v některých případech vytváří předpoklady. Potlačené emoce, spojené s bolestnými traumatizujícími zážitky, se při abreakci vynesou na povrch a mohou se naplno projevit. Při intenzivní abreakci si jedinec na události nejen vzpomíná, ale emocionálně je znovu prožívá s příslušnými vnitřními i vnějšími afektivními projevy.

6. ZPĚTNÁ VAZBA, KONFRONTACE

Zpětná vazba znamená, že jedinec dostává informaci od druhých, jak na ně působí jeho chování. Ti, co jsou mimo nás, mohou být důležitým zdrojem mnoha informací o nás, které nám nejsou přímo dostupné, jsou jakoby v oblasti „slepé skvrny“ našeho vnímání.

Pro osoby, které postrádají důvěrný vztah, představuje skupina často první příležitost pro přiměřenou zpětnou vazbu.

7. NÁHLED

Náhled (vhled) znamená pochopení dříve neuvědomovaných souvislostí ve vlastní psychice a vztazích ve spojitosti s maladaptivním chováním. Patří ke kognitivnímu učení a spolu s emoční korektivní zkušeností může být zařazen do širší kategorie učení interpersonálního.

8. KOREKTIVNÍ EMOČNÍ ZKUŠENOST

Představuje silně emočně podbarvené prožití vztahu či situace, které opravuje nesprávnou generalizaci, vyvolanou minulými traumatizujícími zážitky. Pojem zavedl F. Alexander. Při emoční korekci se okolí chová jinak, než osoba s neadekvátním chováním na základě své chybné generalizace očekává. Tato skutečnost za průvodního silného emočního zážitku umožňuje opětnou diferenciaci, tj. přiměřené rozlišování situací, v nichž je daná reakce vhodná, a ve kterých je nevhodná. Tím vytváří předpoklady k odstranění bludného kruhu.

9. ZKOUŠENÍ A NÁCVIK NOVÉHO CHOVÁNÍ

V souvislosti s poznáním nevhodnosti starých způsobů chování dochází ke zkoušení způsobů nových. Skupina k tomu poskytuje dostatek příležitosti. Pokrok záleží na pacientově motivaci ke změně, jeho identifikaci se skupinou a na rigiditě jeho dřívějších postojů a osobnostních rysů.

10. ZÍSKÁNÍ NOVÝCH INFORMACÍ A SOCIÁLNÍCH DOVEDNOSTÍ

Ve skupině získává člen mnoho nových poznatků o tom, jak se lidé chovají, o interpersonálních vztazích, o (ne)vhodných interpersonálních strategiích. Poznatky, jež získává z probírání jiných pacientů, z naslouchání jejich životním osudům, ze seznamování se s důsledky jejich jednání. Získává pohledy na tytéž věci z různých stran, např. probírá-li se určité téma. I kdyby se sám aktivně nezúčastnil, může se mnohému naučit.

SKUPINOVÁ DYNAMIKA TERAPEUTICKÉ SKUPINY

= souhrn skupinového dění a skupinových interakcí

- vytvářejí ji interpersonální vztahy a interakce osobností členů skupiny spolu s existencí a činností skupiny a silami z vnějšího prostředí
- ke sk. dynamice patří zejm.: cíle a normy skupiny, vůdcovství, koheze a tenze, projekce minulých zkušeností a vztahů do aktuálních interakcí, vytváření podskupin a vztahy jedinců a skupiny, vývoj skupiny v čase

CÍLE A STRUKTURA SKUPINY

1. dosáhnout **vhledu** do problematiky jedinců a pomoci jim pochopit a změnit nesprávné postoje
2. změnit maladaptivní vzorce chování ve směru přiměřené soc. adaptace
3. zprostředkovat poznatky o zákonitostech interpersonálních a skupinových procesů jako podklad k efektivnějšímu a harmoničtějšímu jednání s lidmi
4. podpořit **zrání osobnosti** ve smyslu rozvinutí vl. potenciálu a dosažení optimální výkonnosti i pocitu štěstí
5. **odstranit chorobné příznaky**, ať přímým nácvikem a přecvičováním, nebo nepřímým vyřešením interpersonálních či intrapsychických konfliktů, které je vyvolaly či udržovaly

STRUKTURA SKUPINY

- je jednak *formální*, daná organizací, v jejímž rámci skupina vzniká a plní své úkoly, a jednak *neformální*, daná interpersonálními preferencemi. Různí členové získávají různou prestiž a oblibu a zaujímají různé pozice ve skupinové hierarchii. Formální a neformální pozice jedince se mohou lišit. Pozice (status) s sebou nese různá práva a povinnosti. Využívá-li jedinec tato práva a povinnosti a chová-li se podle očekávání, která z jeho pozice vyplývají, hovoříme o roli.

NORMY SKUPINY

- = soubor nepsaných pravidel, co je správné a nesprávné, žádoucí a nežádoucí, ovlivňují postoje a chování členů ve skupině a zčásti i mimo skupinu. Skupina vyvíjí nátlak na členy, aby se normám podřídili.
- Odmítá-li jedinec přijmout skupinové normy, dostává se do pozice skupinového devianta, který nejprve připoutává zájem skupiny, která se jej snaží přinutit ke konformitě, nicméně při neúspěších jej vyloučí ze svého středu a sjednotí se proti němu.
- Normy se vytvářejí v nové skupině poměrně brzy, přičemž po jejich vytvoření, je obtížné je měnit.
- k terapeutickým normám řadíme projevy emocí, svěřování se s problémy, přijímání a tolerování druhých, aktivita ve skupinové diskusi, poskytování zpětné vazby, zaměřenost na dosažení užitečných změn u sebe i druhých.

- ve skupině se však také mohou vytvořit „antiterapeutické normy“ – např. normy skrývání skutečných pocitů, vytváření podskupin a erotických dvojic nebo hraného přehánění emocí, „tabu“ některých témat atd.
- jsou-li pacienti pro skupinovou práci předem připraveni, vytvářejí se žádoucí skupinové normy rychleji a snadněji.

ROLE VE SKUPINĚ

- Popis základních rolí ve skupině vychází z morenovské sociometrie:
 - o **dvě vůdcovské role** (co do schopnosti a co do oblíbenosti)
 - o **rolí černé ovce**
- Role vůdce ve smyslu schopnosti vedení se většinou nekryje s rolí vůdce ve smyslu nejpopulárnějšího člena skupiny (také se nazývá „hvězda“). Vůdce je zpravidla schopný, inteligentní, racionální, pracovitý, spolehlivý, obětavý, aktivní a jistý. Jako hvězdy jsou voleny osoby společenské, veselé, zábavné, nekonfliktní a srdečné. Černá ovce je člen pro ostatní nepřitažlivý, lhostejný, nesympatický či odmítaný.
- **Schindler** popsal 4 pravidelně se vyskytující skupinové role: alfa (vůdce), beta (expert), gama (pasivní a přizpůsobiví členové), omega (člen na okraji skupiny), přiřadil k nim roli protivníka „P“ jako symbolického reprezentanta nepřátelské skupiny.-
- neurotičtí jedinci mají tendenci v různých společenských skupinách neuvědoměle opakovat své role.

KOHEZE

- = soudržnost souvisí s přitažlivostí skupiny pro její členy. Je výsledkem působení sil, které působí na členy tak, že chtějí ve skupině zůstat a udržet ji. Mimo jiné se projevuje i pocitem vyjádřeným formulací „my patříme k sobě“. Skupinová koheze je nutnou podmínkou účinnosti skupinové terapie. (Považuje se nezdárka za analogii terapeutického vztahu mezi pacientem a terapeutem v individuální PTP.)

KE KOHEZI PŘÍSPÍVÁJÍ:

- uspokojování osobních potřeb jedinců ve skupině nebo pomocí skupiny; skupinové cíle, které jsou v souladu s individuálními potřebami; výhody plynoucí z členství; očekávání jedince, že mu členství přinese užitek
- vztahy sympatií mezi členy skupiny,
- motivace jedinců ke členství + úsilí, které jedinec vynaložil, aby se do skupiny dostal,
- přátelská akceptující atmosféra,
- prestiž skupiny,
- vliv skupinových aktivit (přitažlivost aktivit, sk. techniky na podporování koheze-např. vytvoření kroužku, při kterém se všichni drží za ramena)
- -soutěžení s jinou skupinou

TENZE

- při vzájemné interakci členů skupiny vzniká určité napětí. Je dáno i tím, že při uspokojování osobních potřeb musí každý brát ohled na potřeby jiných.
- členové mají tendenci reagovat na tenzi podle svých navyklých stereotypů: potlačovat ji, ventilovat ji nepřímou, nebo ji projevit přímo. Tenze jedince je výsledkem skutečného chování druhých i vlastních postojů, vytvořených minulými zkušenostmi, přičemž se uplatňuje i momentální nálada.
- je-li tenze ve skupině příliš silná či dlouhodobá a není-li kompenzována emoční podporou a kohezí, vede ke snaze členů o únik ze skupiny.
- negativní důsledky má i příliš nízká tenze. Je-li skupina pouze soudržná a ochraňující, cítí se v ní členové dobře – mají pocit akceptování a uspokojení, přičemž však není podněcována jejich motivace pracovat na zbavení se svých patologických neurotických postojů.

TENZE JE TEDY UŽITEČNÁ JAKO:

- hybná síla, která podněcuje úsilí o změnu,
- faktor, který podporuje orientaci diskuse na verbalizaci neg. pocitů a prožitků,
- faktor, který podporuje projevení maladaptivních stereotypů chování.

- V terapeutické skupině je považován za významný *vztah mezi kohezí a tenzí*. Koheze je pokládána za faktor stabilizující – jejím vlivem pociťují členové podporu a bezpečí. Tenze je pokládána za faktor dynamizující – vede ke nespokojenosti a úsilí po změně.

PROJEKCE

- Do skupiny přichází každý člen se svými minulými zkušenostmi, které ovlivňují jeho percepci druhých i emocionální reakce a způsob chování k druhým.
- Člen skupiny může promítat do druhých nejen vlastnosti jiných lidí ze své minulosti a zážitky a zkušenosti s nimi, ale i své vlastní zjevné nebo skryté motivy ve shodě se známým příslovím „podle sebe soudím tebe“.

STADIA VÝVOJE UZAVŘENÉ SKUPINY

- Začíná-li skupina (výcviková nebo terapeutická) pracovat od začátku se všemi členy najednou, lze sledovat určitá charakteristická stadia jejího vývoje.
- 1. První stadium – orientace a závislost**
 - účast je váhavá, hledá se smysl
 - skupina je znepokojená, nejistá a současně závislá
 - členové očekávají, že budou vedeni, dožadují se informací
 - chtějí strukturování činnosti, vytčení cíle, směru a plánu, rady a řešení svých problémů – hledají se podobnosti a rozdíly a členové si ve vztahu ke skupině ujasňují, zda chtějí „dovnitř, nebo ven“
 - oťukávání
 - 2. Druhé stadium – konflikty a protest**
 - charakteristické konflikty mezi členy skupiny i mezi členy skupiny a formálním vůdcem
 - tendence k sebeprosazení, rivalita, boj o vůdcovství, krystalizace rolí na aktivnější a pasivnější, dominující a submisivní
 - vytváří se hierarchie rolí, pořadí členů, členové skupiny si ujasňují, zda budou „nahore nebo dole“
 - časté jsou negativní komentáře a kritika mezi členy, členové jsou ochotni projevovat především hostilní emocionální reakce
 - 3. Třetí stadium – vývoj koheze a kooperace**
 - tomto stadiu se snižuje napětí, počet i závažnost konfliktů a vzrůstají koheze
 - potřeba příslušnosti ke skupině, vědomí „my“
 - konsolidace a interiorizace společných norem a hodnot
 - zvyšují se odpovědnost a aktivita členů, schopnost sjednocené skupinové akce a společné práce
 - hlavním zájmem skupiny je intimita, blízkost a vzájemný soulad
 - 4. Čtvrté stadium – cílevědomá činnost**
 - skupina funguje jako integrovaná pracovní skupina, zamýšlí se, radí, kritizuje, povzbuzuje, přijímá rozhodnutí
 - převažuje terapeutická práce ve smyslu dosahování náhledu a změn postojů, poskytování zpětné vazby
 - skupina je kohezní, ale nepotlačuje již negativní emoce, nýbrž opět dovoluje projevování hostility, aby hostilita mohla být konstruktivně zpracována.
 - stav trvá po celou další dobu existence skupiny s periodickými kratšími krizovými obdobími, připomínajícími projevy předchozích stadií

TVORBA PODSKUPIN

- Může jít o dvojice, trojice i více lidí, kteří jsou si bližší, sympatičtější, mají společné zájmy, vzájemně se podporují, vyhýbají se vzájemné konfrontaci, na skupinu přicházejí i odcházejí spolu.
- tendence častější u větší skupiny
- Podskupiny můžou vznikat na principu generačním, pohlavním, dle nějaké společné charakteristiky (kuřáci, dle pracovních úkolů, neurotici, kteří rádi nařikají) atp.

- někdy se objevuje rivalitní vztah mezi podskupinami – jestli se témata vrátí opět do skupiny = hlubší náhled do skupinového dění
- chování mimo skupiny (v podskupině), které se nemůže stát předmětem zpracování ve skupině, lze považovat za formu odporu (negativní vliv nemá tvorba podskupiny, ale s ní spojená tajemství a konspirace)
- norma podskupiny zachovat tajemství se dostává do rozporu s normou skupiny a stává se antiterapeutickou

TECHNIKY

- Za základní formu skupinového sezení se považuje diskusní skupinové sezení či skupinový rozhovor, v některých případech doplňovaný úvodními či pomocnými technikami. Kromě toho se využívají speciální skupinová sezení, přímo postavená na určitém druhu technik, jako sezení psychodramatická, psychogymnastická, projektivní kreslení, muzikoterapie, sezení fantazijně meditativní, Gestalt, encounter.

PSYCHODRAMA

Psychodramatické sezení se podle Morena skládá ze 3 částí, jimiž jsou:

1. **Rozehrání** – má podnítit spontánnost a tvořivost, uvolnit atmosféru.
2. **Vlastní psychodramatická hra** – míří k významnému problému skupiny nebo jejího člena. Terapeut (či trenér) tu vystupuje v roli režiséra. Člen skupiny, jenž se dostává do centra pozornosti a se kterým se v psychodramatu pracuje, se nazývá protagonista. Členové terapeutického týmu a členové skupin, kteří pomáhají režisérovi a protagonistovi ztvárnit situaci, se nazývají pomocní herci či „pomocná já“.
3. **Sdílení pocitů** – po ukončení vlastní psychodramatické hry následuje sdílení pocitů, které je podstatnou součástí každého psychodramatu a představuje zapojení publika do dění – odreagování jejich pocitů a zpětnou vazbu pro protagonistu. Jednotliví členové se vyjadřují, jak hru prožívali, jaké emoce v nich vznikaly, co v nich různé výjevy vyvolávaly. Své pocity k protagonistovi mohou vyjádřit i neverbálně. V reakcích přihlížejících se odrážejí i jejich individuální postoje, zkušenosti a vlastní problémy, které se mohou stát předmětem dalších psychodramatických scén s jinými protagonisty. To, co se odehrává na scéně, nezřídka vede k náhledu a může působit na změnu postojů i u těch pacientů v publiku, pro něž je přehrávaná problematika osobně významná, i když se do hry nezapojili.

PSYCHOGYMNASTIKA

- Stále více uznáván je ve skupinové psychoterapii význam neverbálních technik. Průkopníci u nás: pražská psychoterapeutická škola (Junová, Knobloch, Knoblochová). Využití 1,5-2 hod. bloku, bývá zařazován 1x týdně do systémů skupinové psychoterapie v terapeutických komunitách i denních klinikách a stacionářích.

= pomocná psychoterapeutická metoda, při které se členové skupiny projevují a komunikují převážně neverbálně. Psychogymnastické cvičení rozděluje **na části**:

- průpravnou
- pantomimickou
- závěrečnou
- Průpravná a závěrečná část mají ráz direktivní, v pantomimické části se uplatňují volné nápady, fantazie, tvoření, podporují se spontánnost a volné projevování emocí, uplatňují se však i prvky tréninku.

PROJEKTIVNÍ ARTETERAPIE

- Speciální skupinová sezení, využívají výtvarných prostředků a výtvarných aktivit, jako kreslení, malování a modelování, k projevení problematiky členů skupiny nebo celé skupiny, u nás se zprav. pro toto sezení používá pojem arteterapie. Při projektivní arteterapii jde zejména poskytnutí pacientům pomocné prostředky, aby mohli snáze projevit svoji problematiku. Arteterapeutické sezení obvykle trvá 90 min, rozděluje se na:
 - o část kresebnou
 - o část diskusní

MUZIKOTERAPIE

- Využívá k léčebnému působení hudbu. Dělení muzikoterapie:
 - o receptivní (pacienti hudbu poslouchají)= léčebně zaměřený poslech hudby,

- aktivní (pacienti hudbu či zpěv sami provozují)=podněcuje skupinu k projevování se pomocí tónů, melodií, zpěvu, rytmu nebo tance; rámec skupinového sezení může být podobný jako při psychogymnastice.

SETKÁNÍ (AJ TERMÍN: *ENCOUNTER*)

- Tato sezení nelze definovat druhem techniky jako u psychodramatu či muzikoterapie, protože na nich užívané techniky jsou značně různorodé. Spíše lze specifický charakter těchto sezení určit psychickými procesy, které stojí v centru pozornosti, či způsoby chování, které se od členů vyžadují. Jde o emoce a jejich netlumené projevování s důrazem na intenzivní prožitek, na tělesný dotek, na upřímnost a autentičnost a na důvěrnost a blízkost. V encounteru je to tak intenzivně a jednostranně zdůrazněno – při současném odmítání všeho rozumově reflektivního jako nežádoucí „intelektualizace“. Mohli bychom mluvit o emoční skupině či emočním sezení.

1. emoce a prožitek – základní směrnicí je „Prožívej!“ – prožívej tady a teď, prožívej co nejintenzivněji, uvědomuj si, co prožíváš, dej na sobě znát, co prožíváš a řekni, co prožíváš. Zásada je, neutíkat od emoce, zůstat s ní, terapeut povzbuzuje: „Zůstaň u toho!“

2. dotek a tělesný kontakt – jedním z prostředků podporujících zvýšení intenzity emocí jsou dotek a tělesný kontakt, využití doteků rozšiřuje zážitkovou oblast a může být rovněž účinnou formou zpětné vazby. Vhodnou chvílí pro dotek může být, když člen skupiny projevuje beznaděj a úzkost, když je třeba povzbudit projev pozitivní změny v jeho maladaptivních způsobech chování aj.

3. otevřenost a autentičnost – vedoucí povzbuzuje členy skupiny, aby byli sami sebou, aby projevovali i ty pocity a ty složky své osobnosti, které jinde projevit nemohli; členové si upřímně řeknou, co jeden k druhému cítí.

4. důvěrnost a blízkost – setkání podporuje prožitky důvěrnosti; technikami se manipuluje se situací tak, aby se lidé, kteří si donedávna byli zcela cizí a neznámí, začali cítit důvěrně blízkými. Otevřené projevování emocí a konfrontace s prožitky druhých vedou ke vzájemnému chápání i k pocitům silné skupinové solidarity.

NÁCVIK SOCIÁLNÍCH DOVEDNOSTÍ

- Je zaměřen přímo na rozšíření repertoáru chování členů skupiny, na to, aby si osvojili ty potřebné sociální dovednosti, které jim chybějí.

NÁCVIK VCIŤOVÁNÍ

- V rámci tohoto nácviku se má každý naučit pozorně naslouchat tomu, o čem hovoří partner vybidnutý k vyprávění o sobě. Naslouchající může zpočátku mlčet a dávat jen beze slov najevo svůj zájem, později se má však pokoušet občas opakovat nebo parafrázovat významné myšlenky z partnerova vyprávění.

NÁCVIK SEBEPROSAZENÍ

- (asertivity, nácvik otevřené komunikace) - zaměřuje se na získávání dovedností vyjadřovat přímo vhodnou formou vlastní pocity, názory, potřeby bez porušování práv nebo ponižování důstojnosti druhých. Součástí asertivity je dovednost vyjádřit nesouhlas. Odmítnout požadavek, odpovědně říci „nechci (otevřené vyjadřování vlastních pocitů, zahajování, udržování a ukončování rozhovoru, mluvení k více lidem, požádání o laskavost, prosazování oprávněného požadavku, odmítání)

VEDENÍ SKUPINY

- vedoucí má povzbuzovat skupinové klima, vytvářet atmosféru jistoty a citlivě vést ostatní
- demokratický styl vedení více napomáhá přijímání skupinových cílů a zvyš soudržnost i spokojenosti členů než autorit. styl
- je nutné dbát i na vlastní uspokojení potřeb – role vedoucího je spojena s vysokými nároky
- vedoucí má hlavní zodpovědnost za děj ve skupině (ale je žádoucí část zodpovědnosti přenášet na skupinu
- Úvodní techniky
- **pohybové** (tanec, v kruhu v sedě, neverbální komunikace, pantomime, verbální komunikaci, rozhovor na daná témata, psychodramatické etudy, přehrávání situací, kde se zapojí všichni...)
- **fantazijní** (Řízená imaginace, Hudební stimulace, Projektivní kreslení, Interakční grafy, Sny)
- **psychoterapeutické hry** (Společenské hry s psychoterapeutickým potenciálem – E. Bakalář, Podněcuje aktivitu a tvořivost členů skupiny a formou zábavného soutěžení přináší podnětný materiál

k prohloubení sebepoznání, poznání druhých. Mají určená pravidla, vyžadují pomůcky a jsou řízeny vedoucím skupiny)

POMOCNÉ TECHNIKY V PRŮBĚHU SEZENÍ

- podporují získávání materiálu nebo podněcují náhled, umožňují proniknout hlouběji nebo uvidět problém z různých hledisek, nebo pohnout se situací, zvládnout neproduktivní mlčení a odpor, zaktivizovat pasivní členy, verbalizovat myšlenky
- Neverbální vyjadřování pocitů – k členovi, na kterém se „pracuje“ jednotlivě nebo najednou. Neverbální emocionální projevy často řeknou jako zpětná vazba víc než intelektualizované slovní výroky.
- „Pohybový sociogram“ – členové se rozestavují kolem jednotlivce ve vzdálenosti, jak to k němu cítí, nebo jednatel je skupině, jejím členům, nebo jednotlivci posunují své židle ve vzdálenosti od středu skupiny – jak to mají ke skupině.
- Gestalt technika – poukazuje na různé ne plně uvědomělé pocity a neverbální projevy, podněcuje jejich uvědomělé intenzivní prožití v daném okamžiku. Navození intenzivnějšího prožitku např.: sevřená ruka = buď svou rukou a mluv za ní : „Já ruka bych chtěla.... Jindy se část těla nebo některá složka psychiky (strach) symbolicky posadí na protilehlou prázdnou židli a pacient s ní vede dialog.

TERAPEUTICKÁ KOMUNITA

(léčebné společenství)

= způsob organizace léčebné instituce nebo oddělení, kdy se cíleně podporuje spoluúčast pacientů na řízení, na plánovaných společných aktivitách a na léčbě. Velké zásluhy o rozvoj koncepce terapeutické komunity má **Maxwell Jones**.

- Terapeutická komunita v širším smyslu = je systém řízení léčebného oddělení, ve kterém se podporuje všestranně otevřená komunikace a v němž se na rozhodování a léčení podílejí všichni členové týmu i pacienti. Významnou složkou této formy organizace jsou schůzky personálu s pacienty, při nichž dochází k výměně informací a k projednávání problémů ve vzájemných vztazích, a schůzky personálu, na kterých se usiluje o pochopení interpersonálních procesů v léčebné jednotce a o objasnění reakcí členů léčebného týmu vůči pacientům i vůči sobě navzájem.
- Terapeutická komunita v užším smyslu = je psychoterapeutickou metodou, při níž se využívá modelové situace malé společenské skupiny k projekci a korekci maladaptivních interpersonálních stereotypů prožívání a chování. Při společném soužití pacientů v každodenním bezprostředním styku, kdy jsou zajištěny různorodé činnosti a možnosti diferencování rolí, poskytují vzájemné interakce, problémy a konflikty určitý materiál, na němž se pacienti učí poznávat svůj podíl ve vytváření, udržování a opakování svých životních problémů a konfliktů. Současně si mohou osvojovat nové, diferencovanější a přizpůsobivější formy chování.

HISTORICKÉ OKÉNKO

- Průkopnickým zařízením byla *rehabilitační odbočka pro neurózy v Lobči u Mělníka*, založená 1954 Knoblochem a jeho spolupracovníky. Tato komunita fungovala nepřetržitě do 1991. Dnes již toto zařízení neexistuje, ale mnohé zkušenosti z jeho činnosti mají obecnou platnost. Komunita byla určena pro 30 pacientů, mužů i žen, v každodenním programu byla několikahodinová povinná práce v lese, která umožňovala všimnout si projevů jednotlivců v přirozené činnosti a ve vzájemných vztazích; v každodenních skupinových sezeních pacienti probírali své životopisy a studovali vzájemné vztahy i denní příhody, jak se v nich odráží chování každého z nich doma před léčbou.

PRVKY KOMUNITNÍ LÉČBY

- **řád a program:** zpočátku ranní schůzky komunity, dopolední práce v zahradnictví, odp. skupinové sezení, pak sport a večer klub se zvláštní náplní pro jednotlivé dny.
- ranní schůzky komunity (vedena spolusprávou, vyhlášení denního plánu činnosti a pružné řešení vzniklých problémů, reflexe předchozího dne)

- dopolední pracovní činnost (3 hodiny, v zahradnictví, později pracovní činnost omezena na společné úklidy oddělení, budovy a okolí v někt.dnech; pracovní činnost zařazena zejm. proto, aby se projevil a korigovaly stereotypy chování, které se týkají tak významné životní obl., jakou je práce; problémy, postoje, vztahy a konflikty z práce se mají přenést do skupinové diskuze)
- skupinová sezení (1,5 hod. každý den odp. mimo neděli, náplň: od životopisů, „stupínků“, resumé (=shrnutí pozorování skupiny o pacientovi během léčby), důraz na psychodrama a interakci až po harmonickou kombinaci biografické, tematické a interakční orientace; ponechává se dost příležitostí pro volný nestrukturovaný průběh i pro včleňování různých technik zejm. psychodramatu; po sezeních se terapeuti scházejí na 15 min. ke zhodnocení dění ve skupině)
- schůzky členů týmu (1 měsíčně, dříve v kratším intervalu)
- večerní program (1,5 hod., pondělí večer: přednášky vysvětlující základní principy vzniku a léčení neurotických poruch a zásady mentální hygieny neurotika, pak společenský tanec, ceremoniál slavnostního vítání nových pacientů, podle potřeby loučení s odcházejícími pacienty, tematicky orientovaná sezení nebo různé speciální techniky (projektivní kreslení, muzikoterapie)

DEMOKRATICKÉ TERAPEUTICKÉ KOMUNITY (DTK)

- poruchy duševního zdraví.
- demokratizace: rovný podíl pravomocí o rozhodování.
- permisivita: tolerovat různé typy chování a místo obvyklých reakcí porozumět.
- komunismus: sepětí, blízké vztahy, otevřená komunikace, sounáležitost.
- konfrontace s realitou: zpětné vazby vedou k prolomení obranných tendencí a popírání.

HIERARCHICKÉ TERAPEUTICKÉ KOMUNITY (HTK)

- delikventi, poruchy osobnosti, závislí.
 - hierarchická struktura je více zdůrazněna a stojí v popředí.
 - přesné definování parametrů a odpovědnosti.
 - konfrontace a frustrace bez nepřátelství.
 - tvrdá láska – nebát se konfliktu a řešit ho.
 - systém odměňování při postupu v hierarchii.
 - stát se „terapeutem“ je motivační.
- u nás např. Sananim, Kaleidoskop, Fides a Fénix (v Bílé Vodě), Magdaléna, Renarkon...

TRANSAKČNÍ ANALÝZA

- zakladatel: Eric Berne (kniha: „Jak si lidé hrají“ – z aj: „Games people play“),
- propagátor: T. Harris (kniha: „Já jsem OK, ty jsi OK“ – název vyjadřuje životní postoj, k němuž se má člověk v TA dopracovat)
- podstatnou součástí skupinové terapie v TA je výklad Bernovy koncepce motivace, stavů ega, druhů mezilidské transakce, scénářů a her
- koncepce si pacienti postupně osvojují jak teoreticky z výkladu terapeuta, tak i prakticky, při aplikaci na dění ve skupině a na své životní problémy, které do skupiny přinášejí
- v motivaci člověka zdůrazňuje vedle biologických pudů **2 páry základních psychologických potřeb**:
 1. potřebu podnětů a potřebu uznání a
 2. potřebu struktury a potřebu vzrušení
- nejdůležitější forma potřebných podnětů = **pohlazení (stroke)**:

U dětí se musí odehrávat v podobě přímého tělesného doteku (objímání, chování, hlazení), u dospělých může být toto nahrazeno také slovními projevy uznání, úsměvem, potleskem....pokud se jedinci takových kladných pohlazení nedostává, může usilovat alesp. o získání „pohlazení“ negativních (zamračení, vyjádření nesouhlasu nebo kritiky)...i negativní kontakt je lepší než žádný kontakt.)

- potřeba struktury a potřeba vzrušení, týkají smysluplného vyplnění času, které odstraňuje nudu a prázdnotu; alesp. část z tohoto času by měla být zajímavá, podněcující.

ANALÝZA STRUKTURY

- Podle Berna existují 3 různé stavy ega:
 - o **Rodič**: stav reprodukcí pocity, způsoby chování, gesta, názory a postoje nekriticky převzaté v dětství od rodičů; odráží to, jak nás v dětství opatrovali, jak nám zajišťovali bezpečí a jistotu, a také jak nás peskovali a dalšími exekutivními způsoby vedli k té správné životní cestě.

- rodič má část pečovatelskou (Zajdi si pro svetr, ať se nenachladíš!) a část kritickou (Jak to, že se flákáš?!)
- rodičovské postoje mají v sobě většinou hodnotící prvky a náznak neomylnosti
- o **Dítě:** je pozůstatkem vnitřních duševních stavů člověka v dětství, jeho pocitů bezmoci, strachu, provinění, radosti aj.
- o **Dospělý:** zpracovává informace na základě své vlastní zkušenosti a vlastního rozumu
- hlavním úkolem dospělého je pracovat, korektně jednat, dělat dohody, odpovědně se rozhodovat.

ANALÝZA TRANSAKCE

- rozlišování stavů ega má zásadní význam pro komunikaci mezi lidmi, kterou Berne nazývá transakce
- průběh i výsledek transakce je závislý na tom, který stav ega je u jednotlivých komunikujících osob právě v činnosti
- v pořádku je, pokud jsou transakce rovnoběžné a vzájemně se doplňující; zdrojem nepříjemností je, pokud jsou zkřížené

TYPY TRANSAKcí

- Komplementární (funguje nám to)
- Zkřížené (trochu zmatek v rolích, v egostavech)
- Latentní nebo skryté (viz. např. dvojná vazba) Čl. vám něco říká ale myslí to jinak
- Angulární (s přidruženým významem) chválím, ale je dobré poslouchat svého doktora pane

ANALÝZA SCÉNÁŘE

- **scénář** = životní plán založený na rozhodnutí učiněném v dětství, posilovaném rodiči a potvrzovaném následujícími událostmi
- obecný rámec individuálního scénáře tvoří **4 základní životní pozice** (postoje), v nichž se kombinuje hodnocení sebe a druhých lidí:

1. Já jsem dobrý, vy jste dobří,
2. Já nejsem dobrý, vy jste dobří,
3. Já jsem dobrý, vy nejste dobří,
4. Já nejsem dobrý, vy nejste dobří.

ANALÝZA HER

- **hra** = sled na sebe navazujících transakcí, zčásti zjevných a zčásti skrytých, s určitými nástrahami; obvykle souvisí s problematickým scénářem; vede k předvídatelnému konci s „výplatou“, se závěrečným „ber-dej“
- řídí se danými pravidly
- jsou svou podstatou neupřímné a nečestné, vedou ke špatným pocitům X nejednoznačný pojem hra, který je vztahován ke svobodné hře dítěte, která přináší požitky
- hry v sobě obsahují role pronásledovatele, oběti a zachránce a tyto role se mohou střídat
- cílem teorie her je předpovědět jaká pravidla hry mají a zjistit pravděpodobnost a pravidla vztahů v průběhu procesu lidského rozhodování

JAK NAKLÁDAT S HRAMI

- vyhnout se hře – nespoknout návnadu
- vzít hru jako předmět diskuse (co z toho máte?)
- konfrontovat hru – přerušit předvídatelný průběh
- zapojit se do hry a analyzovat ji později
- Nabídnout alternativu

TERAPEUTICKÝ POSTUP

- v TA je důležitým východiskem terapeutické práce **kontrakt** (dohoda o tom, čeho chce klient dosáhnout a v čem a jak mu může terapeut pomoci), dohoda může být v průběhu terapie revidována a rozdělena na dílčí kroky
- typickou formou práce jsou skupinová sezení se 7-8 pacienty, na 2 hod., 1x týdně, prakticky se při terapii počítá s 20 sezeními
- v průběhu terapie je výrazně zastoupena složka didaktická a tabule pro nákresy;
- po přivyknutí terminologii aplikují všichni členové osvojenou teorii na všechny členy skupiny; sledují u sebe i u každého mluvícího, jaký stav ega byl u něj právě aktivován, a nacvičují reakce vycházející ze stavu „Dospělý“;
- dále se pacienti seznamují s „hrami“, učí se je u druhých i u sebe odhalovat a nahradit je důvěrnými autentickými vztahy s otevřeným vyjadřováním postojů a přání;
- učí se poznat dosavadní scénář, a pokud je nevyhovující, nahradit ho s pomocí skupiny vhodnějším; terapie tak napomáhá dosažení optimistického životního postoje „Já jsem dobrý, vy jste dobří“ (I'm OK, You're OK.)

TEORIE TERAPEUTICKÉHO PROCEUSU

- východisko pro růst a rozvoj jedince v zisku nezávislosti (pomocí: poznávat vlastníma očima, spontánnost, schopnost důvěrnosti ve vztahu)
- zdůrazňuje formu skupinové terapie (možná je i individuální)
- terapeut je expert, role učitele
- skupinové techniky: edukace, nácvik, explanace, vzpomínání na dětství a pojmenování základních poselství rodičů
- Cílem psychoterapie: osvojit si dovednosti rozpoznání komunikačních pastí, her.

23. INTEGRATIVNÍ A EKLEKTICKÁ PSYCHOTERAPIE

- společné, alternativní a specifické účinné faktory v psychoterapii

POJMOSLOVÍ

- **Eklektická** = kombinované využívání různých metod bez ohledu na jejich původní teoretické východisko, podle toho, jak se to prakticky orientovanému psychoterapeutovi zdá nejvhodnější
- **Integrativní** = přístup pokoušející se sjednotit různé teoretické přístupy do vyššího celku nebo vytvořit teorii jim nadřazenou
- **Syntetická PTP** - tvoří mezi eklektickou a integrativní PTP střední článek
- chce být více než pouhý technický eklekticismus a spojovat nejen metody, ale i teoretické koncepce, jak nejvíce to lze; zároveň si však ještě nečiní nárok na vytvoření systému, který by dokázal protikladné teorie harmonicky propojit, k takové integraci pouze směřuje, vidí ji jako žádoucí cíl, který je zatím ještě obtížně dosažitelný)

EKLEKTICKÝ PŘÍSTUP

- v praxi velmi častý
- terapeut využívá různých výkladových principů a metod, které ovládá buď alternativně, nebo je kombinuje podle toho, jak to v daném případě považuje za účelné
- může jít o kombinaci **souběžnou** (často se např. kombinují metody náhledové se symptomatickými; různé metody ve stejnou chvíli) nebo o kombinaci **postupnou** (prosté nahrazení jednoho přístupu druhým, když se nedostavuje žádoucí účinek; postupná kombinace však může mít i systematický plán podle etap psychoterapeutického procesu)
- např. na začátku mohou být užitečné empatické akceptující rozhovory, později aktivní vedení k náhledu, závěrem nácvik žádoucího chování a řešení problémů i relaxačně sugestivní terapie symptomatická)

POKUSY O INTEGRACI

- mají buď charakter empirický, nebo se opírají o vědecký výzkum účinných faktorů v psychoterapii
- z vědecko-výzkumných dat dnes vycházejí **3 dílčí integrativní hypotézy**:
 1. ve všech významných PTP přístupech existují **společné účinné faktory**
 2. v různých přístupech mohou být různé účinné faktory, které vedou **různou cestou ke stejnému výsledku**
 3. existují specifické účinné faktory, které působí **na určitý příznak, na určitý problém nebo na určitého pacienta** a jsou málo účinné v jiných případech (KBT na fobie, Frankl na životní nespokojenost, direktivita pro submisivní jedince, atd.)
- Přestože mechanismy terapeutického působení jsou značně odlišné, vedou nakonec ke stejnému výsledku.
- Závěry o ekvivalentnosti alternativ jsou podporovány výzkumy, které neprokázaly významné rozdíly ve výsledcích léčby odlišnými PTP přístupy.
- Populární „**Dodův rozsudek**“=označující tvrzení, že „všechny psychoterapie mají stejný efekt“, je některými eklektickými psychoterapeuty přijímán, jinými odmítán.

Eklekticismus	Integrace
Technický	Teoretická
Rozdíly	Společné prvky
Výběr z mnoha	Kombinace mnoha
Aplikace toho, co je	Vytváření něčeho nového
Sbírka	Směs
Aplikace částí	Spojování částí do celku
Ateoretický avšak empirický	Více teoretický než empirický
Suma částí	Více než jen suma částí
Realistický	idealistická

INTEGROVANÁ PSYCHOTERAPIE MANŽELŮ KNOBLOCHOVÝCH

- pokoušejí se integrovat prvky **psychoanalýzy s teoriemi učení** a jsou ovlivněni osobnostmi a koncepcemi A. Freudové, M. Kleinové, Schultze-Henckeho, Sullivana, Eysencka, Mowrera, Morena a M. Jonese
- pojem „**integrovaná**“= organizační systém skládající se z ambulance, denního sanatoria a lůžkového zařízení s terapeutickou komunitou, využívající individuální, rodinnou a skupinovou PTP s řadou technik zahrnujících psychodrama, psychogymnastiku, imaginaci a řízenou abreakci
- za významné považují „**skupinové schéma**“ každého pacienta, které obsahuje zkušenosti s osobami ve **4 základních rolích**:
 - o v roli autorit
 - o v roli podřízených
 - o v roli osob souřadných
 - o v roli intimních partnerů
- zážitky s významnými osobami v těchto rolích (zejm. s rodiči a sourozenci) se přenášejí do dalších podobných vztahů s očekáváním i projevováním podobného chování jako ve vztazích minulých; tyto osoby mohou být ve skupině modelově zastupovány spolupacienty
- terapeut může na takovém modelu pomáhat pacientům k náhledu a ke korekci chování a postojů, jimiž si nevědomky v interpersonálních vztazích spoluvytvářeli nebo opakovali své problémy
- „**skupinové schéma**“= obecný skupinový model, který si jedinec vytvořil na základě předpokladů o skupinách ze své minulé zkušenosti. Schéma mu napovídá, co očekávat od lidí od první chvíle, kdy se s nimi setká. Může být užitečné, ale pokud je předpojaté a nepružné, očekávání se mohou stát nepříznivými předpověďmi, které se automaticky vyplňují. Schémata rolí jsou silně zatížena zkušenostmi z dětství.
- **korektivní zkušenost** je částečná reexpozice situacím, které jedinec nebyl schopen v minulosti zvládnout, ale reexpozice za příznivějších okolností, kdy toho může pacient dosáhnout
- ve skupinové terapii se pracuje se skutečností, že chování druhých lidí je do značné míry reakcí na pacientovo vlastní chování. Pacient tak má možnost vidět, jak sám ovlivňuje svůj osud. Pokud se vše dobře vyvíjí, dosáhne sám za pomoci korektivní zkušenosti a překonání odporu toho, že své sebepodrávající chování změní. Ze stavu, kdy se cítil jako bezmocná oběť vnějších sil, dosáhne stavu, ve kterém si uvědomuje, že jeho vlastní chování je článkem v příčinné síti skupinového systému. Začne chápat, co on sám dělá jiným a proč na něj ostatní reagují právě určitým způsobem. Tak může začít sám účinně ovlivňovat prostředí a stát se spoluvůrcem svého osudu.
- při práci se skupinovým schématem využívá Knobloch mj. účinnou původní **akční techniku rozeřádování spolupacientů**: uprostřed skupinového kruhu staví ze zvolených spolupacientů ve 2 osách kolem sebe představitele různých rolí.
- na 1. ose (vertikální) – stojí na 1 straně představitelé mužských a ženských rolí nadřazených (otce a matky) – na opačné straně zástupci rolí podřazených (např. mladších sourozenců, domácích zvířat, hraček)
- na 2. ose (horizontální) – jsou vlevo představitelé osob souřadných – vpravo intimních partnerů.
- Pacient postupně pod vedením terapeuta vyjadřuje jednotlivým představitelům slovy své pocity, přičemž má zároveň oběma rukama tláčit proti jejich rukám. V případě vzniku agresivních pocitů je může tlouct nabídnutým obuškem z pěnové hmoty, v případě pocitů blízkosti a lásky dochází naopak k objetí. To umožňuje dramaticky odreagovat významné minulé zážitky a v souvislosti s tím pochopit a korigovat současné postoje. Pomáhající spolupacienti si při tom často současně odžívají i některé své vlastní zážitky. Představitelé negativních postav je však třeba závěrem vrátit z jejich role do skutečnosti.

7stupňový systém skupinově centrované integrované PTP zahrnoval:

1. úvodní individuální pohovory připravující k přijetí do systému
3. účast na velké otevřené skupině, v níž dochází k setkání nových pacientů s pacienty, kteří již absolvovali léčbu v terapeutické komunitě
4. léčbu ve specializovaném lůžkovém zařízení s terapeutickou komunitou

5. skupinová setkání osob, které jsou pro pacienty důležité, a to jednak samostatně, jednak spolu s pacienty
 6. doléčování po návratu z komunity
 7. pokračující ambulantní terapii pro ty, kteří ji potřebují
 8. klub bývalých pacientů
- techniky: psychodrama, psychogymnastika, imaginace

MULTIMODÁLNÍ TERAPIE LAZARUSOVA

Lazarus

- vychází ze **7 propojených modalit** (chování, city, vnímání, představy, poznání, interpersonální vztahy, biologické faktory)
- při vysvětlování a léčení poruch kombinuje model edukativní, kognitivní, komunikační a model sociálního učení
- učí pacienta, jak se vyrovnávat se současnými i budoucími stresovými situacemi
- role terapeuta se podobá roli učitele, který aktivně vede a zadává domácí úkoly
- ze začátečních písmen anglických názvů 7 základních činitelů (modalit) vytvořil Lazarus jako mnemotechnickou pomůcku název **BASIC I.D.**, který specifikuje obsah PTP a má vést terapeuta při volbě účinných postupů
- poruchy mohou primárně vycházet z každé z těchto modalit a pro každou z nich také existují určité techniky a určitý mechanismus změny

BASIC I.D.

- **Chování (Behavior):** pozitivní a negativní zpevňování, trestání, protipodmiňování, vyhasínání
 - **Emoční procesy (Affect):** akceptování a objasňování citů, abreakce
 - **Vnímání (Sensation):** uvolnění napětí, vyvolávání příjemných pocitů
 - **Představitost (Imagery):** představy pomáhající zvládat problémy, změna představy o sobě
 - **Poznávací procesy (Cognition):** kognitivní restrukturační, zvyšování uvědomění, výuka
 - **Interpersonální vztahy (Interpersonal relationships):** nabízení vzoru, výuka v asertivních a jiných sociálních dovednostech, akceptace, odstranění nepřiměřených očekávání
 - **Biologické faktory (Drugs, biology):** zjištění případného somatického onemocnění, odstranění zneužívání návykových látek, racionální výživa a cvičení, farmakoterapie, je-li indikována
- terapeut má z multimodálního hlediska posoudit pacientovu poruchu, vybrat pro něj příslušnou techniku a s ní zahájit terapii; s pacientem si má vytvořit takový vztah, jaký odpovídá účelnému využití příslušné techniky
 - multimodální terapie se zaměřuje na odstraňování poruch, a nikoli na jejich vysvětlování
 - v přístupu k poruchám a jejich léčení má nejbližší k současné KBT

DALŠÍ MODELY

BEUTLER – SYSTEMATICKÁ EKLEKTICKÁ PSYCHOTERAPIE

- domnívá se, že je potřebná nadřazená teorie, která by umožnila využít různé postupy bez ohledu na jejich původní teoretické zázemí. Jako takovou si zvolil teorii persuaze: „Terapie je formou sociálního vlivu, v níž se osoba s autoritou pokouší povzbudit receptivního jedince, aby změnil své pocity, myšlení, chování a interspers.vztahy.“
- pro účinnost je důležitá kompatibilita pacienta a terapeuta a volba technik podle charakteristik pacienta
- z pacientových charakteristik považuje za důležitou:
 1. jednoduchost nebo komplexnost příznaků
 2. formu vyrovnávání se s problémy
 3. úroveň reaktance= citlivost na ohrožení pocitu svobody v interpersonálním vztahu

- počáteční výběr technik je potřeba upravovat v průběhu terapie, když u pacienta začíná docházet ke změnám (; významným přínosem autora jsou propracované směrnice pro výběr diferencovaných psychoterapeutických zásahů)

WACHTEL – INTEGRATIVNÍ PSYCHODYNAMICKÁ TERAPIE

- vyšel v ní z dynamického přístupu, který spojil s behaviorálním
- používá pojem **cyklická psychodynamika**. Lidé dobře nerozumějí svým citům a motivům, zejm. těm, které neodpovídají soc. normám. Chování je značně ovlivněno minulými zážitky a intrapsychickými konflikty, které již nejsou uvědomovány. Pacient jako v bludném kruhu opakuje své interakční vzorce získané v minulosti a posiluje je současnými reakcemi okolí. Potřebuje získat náhled (=pochopit jejich současnou nevhodnost i podmíněnost minulými zážitky a významnými vztahy) a měnit jejich projevy v chování pomocí nácvikových technik. Opakované se vystavování se situacím, kterým se pacient dříve v důsl. traumatizujících minulých zážitků vyhýbal, a jejich nyní zvládnutí bez obávaných škodlivých následků může být součástí emoční korektivní zkušenosti.
- při získávání náhledu a nacvičování nového chování hraje důležitou roli terapeutický vztah, založený na vřelosti, podpoře a aktivitě terapeuta

GARFIELD

- koncipuje svůj **eklektický přístup** k psychoterapii jako pokus uspořádat významné proměnné v psychoterapii se zřetelem k výzkumně ověřeným poznatkům a cíleně těchto proměnných využívat
- jeho orientace je pragmatická, zaměřená na výzkumná data a skromná

PROCHASKA

- provedl transteoretickou srovnávací analýzu 24 významných teorií psychoterapie (od psychoanalýzy přes racionálně-emoční terapii až po kognitivní terapii a systémová pojetí), ozřejmuje v ní jejich podobnosti, rozdíly, vyhledává pozitivní prvky, vyvozuje nespecifické proměnné (očekávání pacienta a terapeutova pozornost věnovaná pacientovi) a 5 základních specifických procesů: pochopení či uvědomění, uvolnění emocí, rozhodnutí se pro změnu, podmiňování a využívání odměn
- v další práci předkládají Prochaska s DiClementem **transteoretický přístup**, v němž rozlišují 5 úrovní problémů, 4 stadia změny a 10 procesů, které mají ke změně vést.
- **5 úrovní problémů** zahrnuje:
 1. symptomy a situace
 2. nesprávné názory
 3. současné interpersonální konflikty
 4. rodinné a systémové konflikty
 5. intrapsychické konflikty
- **ke 4 stádiím změny patří:**
 - o stádium předběžných úvah
 - o stádium pozorování a promýšlení
 - o stádium vlastní aktivity klienta
 - o stádium udržení změny
- vyextrahovaných 10 procesů se pak má uplatňovat v různém stupni u různých úrovní problémů a v různých stádiích změny, autoři je nazývají:
- zvýšení vědomí, sebeosvobození, protipodmiňování, ovládnutí podnětů, přehodnocení sebe, přehodnocení okolí, využití odměn, dramatické uvolnění, pomáhající vztah

NORCROSS

- vydavatel základních monografií o eklektickém a integrativním přístupu, napsal s Prochaskou významnou učebnici psychoterapie přinášející integrativní pohled na současné psychoterapeutické směry

GRAWE

- snaží se na základě rozsáhlých metaanalytických přehledů výzkumů o efektivnosti různých psychoterapií předložit svou vizi integrativního přístupu, který nazývá „**obecnou psychoterapii**“
- má být obecná v tom smyslu, že překračuje rámce dosavadních jednotlivých škol
- opírá se o konstrukt „schéma“. Jeho význam odvozuje z Piagetovy vývojové psychologie, chápe jej jako základní organizační jednotku psychických procesů. Schémata se vytvářejí z reálných interakcí jedince s okolím a stávají se základem dalších interakcí, určují výběr toho, co vnímáme, a podle jakých kategorií naše vnímání organizujeme.
- pro psychoterapii mají význam zejm. schémata, která vedou k vyhýbání se nepříjemným emočním stavům. Obecná psychoterapie s těmito schématy pracuje, aktivizuje je a problematická schémata se snaží změnit. Pracuje přitom jak s objasňováním (charakteristickým pro *dynamické směry*), tak s aktivní pomocí při zvládání problémů (typickou pro přístupy *behaviorální*).

BERNŠTÍ AUTOŘI

Blaser, Heim, Ringer a Thommen

- označili své pojetí jako **na problém orientovaná psychoterapie** (s podtitulem integrovaná krátkodobá psychoterapie)
 - vycházejí z aktuálních životních těžkostí pacienta a formulují s ním hlavní problém, který je možno v ohraničeném čase posunout k reálnému řešení
 - využívají k tomu širokého spektra metod, které mohou řešení problému napomoci
- tyto metody rozdělují do 6 okruhů podle toho, zda jsou zaměřeny:
1. na uvědomování
 2. na změnu myšlenkových návyků a postojů
 3. na změnu chování
 4. na podněcování emočního prožívání a projevu
 5. na uvolnění a vnímání těla
 6. na podporu

SPOLEČNÉ ÚČINNÉ FAKTORY

- společným faktorům v různých psychoterapiích se nejvíce věnovali: Garfield a Frank, Lambert a Weinberg
- z jejich různého počtu a různých názvů jich Kratochvíl v knize Základy PTP vybírá 5, které dobře vystihují podstatu tohoto přístupu:

Vztah mezi pacientem a terapeutem

- pacient má k terapeutovi důvěru, očekává od něj pomoc a je přesvědčen, že terapeutovi na něm záleží
- aby takový vztah mohl vzniknout, má mít terapeut rozvinutou schopnost vcítit se do pacienta a přijmout jej i s jeho nedostatky a má být přesvědčen, že pacientovi může pomoci

Výklad poruchy

- výklad umožňuje pacientovi, aby porozuměl svým symptomům, sobě, svým problémům
- terapeutický účinek nezávisí na druhu a vědecké validitě podaného výkladu, ale na tom, zda jej terapeut podává dostatečně přesvědčivě, zda jej pacient přijímá jako vysvětlení pro něj smysluplné a významné

Emoční uvolnění

- pacient získává příležitost k ventilování minulých traumatizujících událostí i současných starostí, a to s příslušnými emocemi. To vše vede v atmosféře pochopení a zájmu k abreakci a katarzi

Konfrontace s vlastními problémy

- pacient se vlivem terapie přestane vyhýbat problémům (situacím), které nezvládal. Naučí se jim realisticky čelit a zjišťuje, že nedochází k obávaným katastrofickým následkům. Terapeut mu pomáhá, aby mohl zažívat úspěch.

Posílení

- terapeuti (bez ohledu na teoretickou orientaci) posilují svými slovy a chováním žádoucí chování a prožívání pacienta, pomáhají odstraňovat chování nežádoucí. Behaviorální terapeuti kladou na tento faktor důraz a zadávají i příslušné úkoly.
- Někteří autoři se domnívají, že společné faktory mají největší podíl na účinku všech PTP bez ohledu na jejich teorie. Lambert připisuje (zřejmě realističtěji) společným faktorům asi 30% podílu na celkovém

terapeutickém efektu (40% vliv faktorů mimo vlastní terapii: v osobnosti, v příznivých vlivech prostředí-spontánní remise, 15% vliv očekávání-placebo efekt, 15% specifický účinek použitých postupů).

PRO SKUPINOVOU PTP BYL USPOŘÁDÁN SEZNAM ÚČINNÝCH FAKTORŮ TAKTO (KRATOCHVÍL):

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1. členství ve skupině | 8. náhled |
| 2. emoční podpora | 9. korektivní emoční zkušenost |
| 3. pomoc jiným | 10. zkoušení a nácvik nového jednání |
| 4. sebeexplorace a sebeprojevení | 11. získání nových informací a sociálních dovedností |
| 5. odreagování | |
| 7. zpětná vazba | |

ALTERNATIVNÍ ÚČINNÉ FAKTORY

- V četných případech existuje více možností, jak pomoci pacientovi a jak dosáhnout zlepšení jeho stavu. Jednou z nich je: sebezkoumání pacienta v empatickém terapeutickém vztahu,
- jinou: přivést pacienta za pomoci terapeutových interpretací k náhledu na neuvědomované souvislosti s minulými zážitky a vztahy.
- intenzivní emoční korektivní prožitek
- dosažení náhledu s nalezením životního smyslu a získání odstupu od problému,
- účinné řešení aktuálních problémů
- systematický nácvik žádoucího chování, soc. dovedností, sebeprosazení aj.
- symptomatické hypnosugestivní ovlivnění nebo AT.
- **Strupp a Bergin** seřadili alternativní faktory, které mohou mít specifický léčebný účinek a využívají specifikovatelných mechanismů psychologického vlivu, do 10 bodů:
 - protipodmiňování
 - vyhasínání
 - kognitivní učení
 - odměna a trest
 - přenos a generalizace
 - soc. učení vč. nápodoby a identifikace
 - persuače (přesvědčování o vlastní pravdě)
 - empatie
 - vřelost
 - konfrontace s problémem
- k uváděným činitelům se doplňuje: sugesce (ta je v některých koncepcích faktorem nespecifickým, ale v sugestivní a hypnotické terapii je záměrně a explicitně využívaným činitelem léčebného působení)
- Působení uváděných faktorů se v praxi často různě kombinuje, ale to nic nemění na předpokladu, že by mohly působit i samostatně a odděleně, tedy jako alternativní cesty k uzdravení a ke zvládnutí životních situací.

SPECIFICKÉ FAKTORY PŮSOBÍCÍ DIFERENCOVANĚ

- Výzkumná data nasvědčují, že některý přístup je účinnější u určitých poruch a jiný zase u poruch (problémů) jiných.
- např. u pacientů s konkrétními fobiemi, s chybějícími dovednostmi nebo s patologickými návyky je nejúčinnější – behaviorální terapie s desenzibilizací a nácvikem;
- u pacientů s difuzními potížemi, kteří prožívají pocity odcizení, životní nespokojenosti může pomoci spíše vyjasňování postojů k životu a nalezení kladných hodnot, uplatní se tedy spíše rogerovská empatická PTP nebo franklovská logoterapie
- měnlivé příznaky a související s poruchami osobnosti – mohou vyžadovat spíše hlubinně psychologický či dynamický přístup.
- také osobnostní rysy a očekávání pacientů hrají roli.
- pro úspěšnost nedirektivní terapie je žádoucí schopnost pacienta vyrovnávat se samostatněji se svými těžkostmi. Tato terapie by mohla více působit na osoby, které mají vyšší úroveň reaktance (sklonu reagovat na vnější vedení, přesvědčování stavěním se na odpor), a tedy vyšší potřebou autonomie.
- naproti tomu na pacienty s větší submisivitou, kteří očekávají nebo potřebují od terapeuta strukturu a aktivní vedení, budou snáze působit postupy více direktivní.

- z technického hlediska by se eklektická PTP mohla stát souborem specifických technik, které se budou diferencovaně používat na specifické příznaky, problémy a osobnosti.
- významným pokusem o eklektický návod k cíleným psychoterapeutickým postupům je monografie *Beutlera a Clarkina* „Systematická volba léčby směřující k cíleným terapeutickým zásahům“, vychází z **integrativního pojetí 4 okruhů proměnných v terapii** (největší vliv):
 - 1) **klient** – proměnné v samotném pacientovi (dg., jeho osobní charakteristiky aj.)
 - 2) **kontext terapie** (rámec, ve kterém léčba probíhá, druh léčby, časová dimenze)
 - 3) proměnné ve **vztahu mezi terapeutem a pacientem** (osobní kompatibilita, sch. vytvořit terapeutické spojení)
 - 4) **terapeutické strategie a techniky**, které si terapeut může zvolit (měl by si určit cíl a těžiště svého působení, zda je účelnější se zaměřovat spíše na symptomy, či na konflikty aj.)

4 ZÁKLADNÍ KROKY PŘI VOLBĚ VHODNÉ TERAPIE PRO PACIENTA BY MĚLY DLE BEUTLERA A CLARKINA ZAHRNOVAT:

1. přizpůsobení celkových i dílčích cílů léčby komplexnosti pacientových problémů
2. volbu úrovně léčebného postupu tak, aby odpovídala pacientově schopnosti vyrovnávat se s problémy (coping style)
3. pozměňování léčebného menu tak, aby odpovídalo dílčím úkolům v určitých etapách terapie
4. přizpůsobování specifických postupů okamžitým situacím, které se vytvářejí ve vztahu mezi terapeutem a pacientem

SPECIFICKÉ FAKTORY DLE PROCHÁZKY:

- **Sugestivní** – vliv autority terapeuta
 - **Rozumové** – sebepoznání, porozumění souvislostem, náhled
 - **Citové** – důležité, emoční podpora, emoční korektivní zkušenost, abreakce (bouřlivé odžití vzpomínky na trauma), katarze (uvolnění a odstranění nepříjemných pocitů)
- Akční-učení, nácviky (asertivita), příznivá reakce okolí, posílení, opakované působení

24. VÝZKUM V KLINICKÉ PSYCHOLOGII

Metodologické otázky, cíle, vztah výzkumu a teorie, interpretace výsledků, výzkum procesu, obsahová analýza, modelový výzkum, etika

METODOLOGIE A ETIKA VÝZKUMU V KLINICKÉ PSYCHOLOGII

- Rozvoj od začátku vzniku oboru
- Oblasti diagnostiky, psychoterapie, psychopatologie, psychofyziologie
- Klinický psycholog by měl sledovat oblasti výsledků výzkumu v oboru, orientovat se v metodologických otázkách, mít ochotu přijímat nové poznatky, které se mají stát součástí jeho praxe
- APA (Divize Klinické psychologie): vydává časopisy a publikace s cílem představit aktuální poznatky založené na evidence-based pro potřebu klinické praxe

CÍL VÝZKUMU V KLINICKÉ PSYCHOLOGII:

- Obecné cíle: popsat, vysvětlit, predikovat a kontrolovat chování a prožívání
- Zkoumání etiologických faktorů, které se podílí na vzniku, trvání a prognóze psychických problémů
- Výzkum léčebných a rehabilitačních postupů s cílem vytvořit efektivní postupy na eliminaci nežádoucích symptomů, jejich rehabilitaci nebo kompenzaci (psychoterapie, neuropsychologická rehabilitace, prevence)

VZTAH VÝZKUMU A TEORIE:

- Teorie: model, jak věci fungují, abstrakce a zevšeobecnění
- Hypotézy a konstrukty: očekávání o vztazích mezi proměnnými, hypotézy: testování teorie, shora dolů, konstrukty: testování praktických zjištění, zdola nahoru
- Zjištění z praxe: klinické pozorování, rozhovory s pacientem, informace od příbuzných, okolí, diskuze s kolegy
- Příklady výzkumů: shora dolů: testování v rámci teorie naučené bezmocnosti: nepříznivé situace, které nemůžeme ovlivnit změni naše prožívání, vnímání a očekávání do budoucnosti, pokud psychoterapií ovlivníme tendence depresivního pacienta uvažovat o událostech jako neovlivnitelných, změni se jeho emoční prožívání; zdola nahoru: vliv chování příbuzných schizofreniků na prognózu jejich choroby k vyvození vlivu rodinného a sociálního okolí na prognózu duševních a somatických chorob

PROBLÉM VÝZKUMU V PSYCHOTERAPII:

- Obtížnost vytváření kontrolních skupin-placebo psychoterapie, otázky účinnosti

OBLASTI METODOLOGIE V PSYCHOTERAPII:

- Metodologické otázky psychoterapeutického výzkumu
- Výzkum výsledků: účinnost, faktory, druhy psychoterapie na konkrétní potíže
- Výzkum procesu: co se děje v psychoterapii
- Modelový výzkum: psychoterapie v laboratorních podmínkách

PROMĚNNÉ V PSYCHOTERAPII:

- Kvalitativní (třídíme, počítáme), kvantitativní (měříme), nezávislé, závislé, podle S-O-R: podnětové (situační), proměnné v organismu, v reakci, v chování

PODNĚTOVÉ PROMĚNNÉ:

- Psychoterapeutická metoda: různé techniky a postupy, podněty vycházející od terapeuta, skupiny nebo prostředí, zajímáme se o vlivu použití metody na symptomy nemoci, nevhodné postoje, maladaptivní chování, porovnávají se změny u skupiny s terapií, a bez terapie, problém psychoterapeutického placeba a etické problémy neléčených pacientů
- Psychoterapeut: profese, věk, pohlaví, výcvik, zkušenost, zájmy, teoretická orientace, hodnotový systém, nadšení pro věc, charakterové a temperamentové vlastnosti, způsob řeči, sociální přízpůsobení, zralost, opravdovost, vřelost, schopnost empatie

- vztah terapeutů a terapeutických technik a jejich interakce-při porovnání technik u jiných terapeutů může být rozdíl dán osobností terapeutů, pokud jeden terapeut více technik, je sice stejná osobnost, ale může se uplatnit jiný postoj k použitým technikám
- vztah mezi pacientem a terapeutem a jejich interakce-podobnost mezi nimi, sympatie a antipatie, přenos, protipřenos, terapeutické spojenectví
- vliv skupiny a skupinových procesů ve skupinové psychoterapii-atmosféra, složení a organizace skupiny, fáze skupinového vývoje

PROMĚNNÉ V PACIENTOVI:

- Organismus s individuálními a věkovými zvláštnostmi, temperament, postoje a chování, onemocnění jeho druh a trvání
 - Onemocnění: druh a závažnost
 - Osobnost: pohlaví, věk, frustrační tolerance, životní styl, nezdolnost, síla ega, inteligence, vzdělání, společenské postavení, temperamentové rysy: aktivita-pasivita, extraverte-introverze, dominance-pasivita, hostilita-afiliace, sympatičnost a přitažlivost, ovlivňuje utváření terapeutického vztahu, YAVIS, protekce, v soukromé praxi honoráře, VIP, motivační faktory-snaha o vyléčení, sekundární vliv nemoci, interakce metody s osobností pacienta-pacient napomáhá působení metody nebo ruší

PROMĚNNÉ TÝKAJÍCÍ SE REAKCE:

- Zlepšení stavu pacienta, jaká změna: v symptomech, v sociálním přizpůsobení, v reorganizaci osobnosti, hodnot a postojů, možnost vycházet z pacientova sebehodnocení, posouzení terapeutem, data od nezávislého pozorovatele, osoby z pacientova prostředí, standardizované testy, katamnéza za 3, 6, 12 m.

RELIABILITA, VALIDITA:

RELIABILITA

- spolehlivost, výsledky měření pomocí metody, přinesou stejné výsledky při opakovaném měření za stejných podmínek

Metody odhadu reliability:

- **Vnitřní konzistence:** jednotlivé položky jsou ve vzájemném vztahu, nejznámější je Cronbachova alfa
- **Split-half:** při rozdělení dotazníku porovnáme jejich výsledky, mezi nimi najdeme silnou pozitivní korelaci
- **Test-retest reliability:** probandům administrujeme test dvakrát v průběhu nějakého období, korelujeme výsledky mezi sebou
- **Paralelní verze testu:** více verzí jednoho testu
- **Reliability jako shoda posuzovatelů:** objektivní posuzovací stupnice, které vyplní odborník, shoda mezi více posuzovateli, Cohenova kappa, korelační koeficienty

VALIDITA

- platnost, měří test to, co má měřit, dnešní podoba: míra, do jaké míry empirické poznatky podporují konkrétní interpretaci testového výsledku, validita pak je charakteristikou významu, který připíšeme testovému výsledku, validita vypovídá o kvalitě závěrů, hypotéz, tvrzení, rozhodnutí, které vznikly na základě skóre v testu
- Existuje jedna validita, jednotlivé typy validity představují způsoby a postupy o poznatcích validitě
 - **Obsahová v.** do jaké míry test měří aspekty měřeného konstruktů (dotazník deprese by měl měřit symptomy deprese: náladu, anhedonii, pesimismus, sui tendence)
 - **Kriteriální v.** jak výsledky testu korelují s kritériem, vypovídá konkurenční a prediktivní kriteriální v. (konkurenční: jak koreluje skóre deprese v sebesposuzujícím inventáři s klinickým dojmem psychiatra, prediktivní: jak se dá na základě výsledků v testu predikovat)
 - **Konstruktová v.** zrcadluje to, do jaké míry test měří, co je zamýšleno, ověření konstruktů, př. Použití více metod měření, pak analyzujeme mezi sebou
 - **Konvergentní v.** zaměřená na zjištění blízkosti vztahů mezi dvěma proměnnými, které jsou očekávané na základě teorie
 - **Diskriminační v.** test koreluje slabě nebo vůbec s jinými konstrukty, u kterých nepředpokládáme vztah

NEJČASTĚJŠÍ TYPY VÝZKUMNÝCH STUDIÍ V KLINICKÉ PSYCHOLOGII Z HLEDISKA TRVÁNÍ A FORMY:

- **Průřezový** (jednorázový, transversální): analýza vztahů mezi proměnnými nebo skupinami, např. porovnání kognitivního výkonu u BAP a deprese
 - o Výhoda: nižší časová, finanční, personální a organizační náročnost
 - o Nevýhoda: získání statického výsledku o zkoumaných proměnných, nezachytíme dynamiku vztahu, vývoj v čase
 - o Korelační výzkumný plán: analýza více sledovaných proměnných
 - o Komparační výzkumný plán: analýza rozdílů mezi skupinami
- **Sledování efektů terapie**: měření proměnných před a po intervenci, např. efekt krátkodobé terapie
 - o Náročnější příprava, ideálně s kontrolní skupinou
 - o (kvazi)experimentální výzkum: práce s nezávislými proměnnými (manipulace, intervence) s cílem ovlivnit závislé proměnné (depresivní příznaky)
 - o Sledování procesů terapie: sleduje se dynamika a elementy psychoterapeutických postupů
 - o Často kvalitativní výzkum
- **Longitudinální** (průběžný): opakované měření v delším časovém horizontě s cílem získat informace o dlouhodobém vývoji v čase
 - o Finančně, časově, personálně a organizačně náročné, zmenšování vzorku z různých důvodů
 - o Získáme data o proměnných z hlediska dynamiky a vývoje
- **Kauzistiky**: případová studie, N = 1 (jedinec, rodina), cílem je přinést nové poznatky, nebo oponovat existující
- **Korelační výzkum**: analýza vztahů, pozor není náhradou experimentálního ověřování kauzality vztahů, nelze dokázat směr vztahu (povaha) a event. ovlivnění dalšími proměnnými
- **Experimentální výzkum**: manipulujeme s nezávislou proměnnou a sledujeme, jak se mění závislé proměnné, vytvoříme, kontrolujeme a systematicky manipulujeme s nezávislou proměnnou a sledujeme a zaznamenáváme, jak se mění závislé proměnné, je třeba kontroly nad proměnnými
 - o **Vnitrosbjektivní design**: stejné účastníky vystavujeme různým postupům
 - o **Mezisbjektivní design**: zařazení více skupin
 - o **Náhodné zařazování participantů** (randomizace) do skupin
 - o **Kvaziexperimentální výzkumný plán**: nelze kontrolovat všechny části experimentu, nejsou splněny všechny podmínky pro experiment
- **Metaanalýza**: analýza publikovaných výzkumů v cílové oblasti, přehled a vytvoření závěrů z výzkumů ve zkoumané oblasti, problémem je tzv. publikace pozitivních výsledků, výzkumů, které podporují jejich hypotézy více než ty, které neukazují statisticky významné výsledky
- **Jiné typy výzkumů**:
 - o **Epidemiologický výzkum**: zaměřený na výskyt některých problémů v definované populaci, prevalence: výskyt jevu v populaci za určitý čas, incidence: počet nových případů za určité období, souvislosti proměnných, rizikové faktory
 - o **Kvalitativní výzkum**: pozorování, interview, fokusové skupiny, analýza textů, přehledové studie, metodologické postupy: fenomenologie, narativní přístup, entometodologie, diskurzivní a sociálně-konstrukcionistický přístup, zakotvená teorie

FAKTORIÁLNÍ PROJEKTY

- Klasický projekt: pracuje se s jednou proměnnou
- Faktoriální projekt: současně se sleduje více faktorů, více nezávislých proměnných

Baltimorský projekt: vliv psychoterapeutických technik a vliv psychoterapeuta, situační proměnná: terapeutická metoda (skupinová, individuální a minimální kontakt) a terapeut, proměnné týkající se pacientů (nezkoumali se, ale byl použit náhodný výběr), proměnné týkající se reakce (pacientovo hodnocení spokojenosti, změny v sociální neúspěšnosti-posuzovatelé podle chování)

Pensylvánský projekt: vliv psychoterapeutických technik a osobnosti psychoterapeuta, situační proměnné: verbální chování terapeutů, osobní charakteristiky terapeutů, dvě techniky: direktivní a nedirektivní, proměnné týkající se pacienta: nezkoumaly se, ale znáhodnění, proměnné týkající se reakce: MMPI, Rorschach, TAT, Edwardsova škála a zaškrtávací listina symptomů, posuzovací škála pro terapeuty, pro posuzovatele, kódování záznamu o průběhu terapie

Michiganský projekt: vliv tří druhů metod a vliv osobnostních rysů pacientů (extraverze, introverze) na snížení strachů v sociálních situacích, situační proměnné: tři typy skupinové psychoterapie (Rogers, RET Ellis,

systematická desenzibilizace-behaviorální), dvě kontrolní skupiny (jedna se společenským kontaktem- podpůrný rozhovor, druhá bez kontaktu), proměnné v pacientovi: extraverte a introverze zjištěná pomocí Myers-Briggsova testu, proměnné v reakci: škály interpersonální úzkosti (sebeuposouzení, posouzení chování vnějším posuzovatelem) a dotazník všeobecné úzkosti

Kalifornský projekt: srovnávání behaviorální, psychoanalyticky orientované terapie a minimálního kontaktu u čekatelů, dále vliv zkušenosti terapeutů, závažnost příznaků na zlepšení symptomů a celkovou adaptaci u neuróz a poruch osobnosti, situační proměnné: tři druhy terapie, terapeuti, proměnné týkající se pacientů: náhodně přiřazení k terapiím, vyrovnávání vzhledem k věku a závažnosti potíží, proměnné týkající se reakce: symptomy, celková adaptace, posouzení třemi nezávislými posuzovateli před terapií, 4 m.po a katamnesticky za 1 a 2 roky

METODY MĚŘENÍ DAT

Posuzovatelské stupnice, N5 dotazník neurotických příznaků, Dotazník životní spokojenosti, SCL 90: Zaškrtávací listina neurotických symptomů, Dotazník psychosociálního fungování, Beckova škála deprese, celkově se užívá při hodnocení efektu psychoterapie různých metod, problematika jejich vzájemného srovnávání, existuje snaha toto sjednotit

VÝBĚR PARTICIPANTŮ

- Vychází z požadavku zobecnitelnosti na cílovou populaci
- Populace a výzkumný vzorek: populace: množina všech, kteří splňují kritéria, to však ve většině případů nelze, ideálně volíme náhodný výběr z populace, nebo jinou formu pravděpodobnostního výběru: kvótní výběr: reprezentativnost na základě např.vzdělání
- V kvalitativním výzkumu: záměrný a cílený výběr, u více probandů se někdy řeší zkoumání vzorků do té doby, dokud přináší nové informace

INTERPRETACE VÝSLEDKŮ KLINICKÉHO VÝZKUMU

- Verifikační výzkum: zhodnocení, jestli a do jaké míry výsledky podporují hypotézy
- Explorační výzkum: odpovědi na naše výzkumné otázky

TŘI ČÁSTI ANALÝZY

- o seznámení s daty: kontrola dat, zkoumání odlehlých hodnot (outliers), přepis a čištění kvalitativních dat
- o sumarizace získaných údajů: popisná statistika, velikost efektu-síla vztahu mezi proměnnými, vytváření kategorií, společných vzorců
- o rozhodování: do jaké míry podporují naše hypotézy, jakou odpověď přináší na naše výzkumné otázky, diskuze, závěry
- testování hypotéz v kvantitativním výzkumu: otázky statistiky a metodologie
 - o princip: výzkumná otázka-statistická hypotéza-nulová hypotéza-stanovení hladiny významnosti alfa, pravděpodobnost chyby prvního typu, $\alpha = .05$, sber dat, hodnoty testové statistiky, p-hodnota=pravděpodobnost dat za předpokladu, že platí nulová hypotéza, pokud je p nižší než hodnota alfa, zamítáme nulovou hypotézu (NHST), používání intervalu spolehlivosti, effect size, Bayesovská statistika, překonává problémy NHST (p-hodnota souvisí s velikostí vzorku, efektu a silou testu)
- míra efektu (effect size) a klinická významnost:
 - o effect size-velikost pozorovaného efektu, síla vztahu mezi proměnnými, velikost rozdílu mezi skupinami, Cohenovo d, hodnota Pearsonova korelačního koeficientu (síla vztahu)
 - o statisticky signifikantní-nepravděpodobnost, že je výsledek důsledkem náhody, s jakou pravděpodobností zamítáme nulovou hypotézu, když je pravdivá
 - o praktická (klinická) signifikantnost-pozorované výsledky mají praktický význam, praktická významnost
- síla testu a velikost vzorku:
 - o stanovení minimální velikosti vzorku, power analýza s cílem zabránit chybě druhého typu-nejsme schopni zamítnout nulovou hypotézu navzdory tomu, že není platná (účinnou terapii označíme jako neefektivní), síla testu-hodnota 1-beta, minimálně .80, ideálně .95, síla je pravděpodobnost detekce rozdílu, když v populaci je skutečný rozdíl (efekt)
 - o vyšší síla testu klade větší nároky na velikost vzorku

VÝZKUM VÝSLEDKŮ

- Závislou proměnnou je vždy léčebný účinek
- Spor o účinnost psychoterapie: Eysenckova kritika o účinnosti psychoterapie
- Výzkumy s kontrolní skupinou: náhodné řazení, většinou čekatelé na terapii: bez zásahu, minimální kontakt, placebo terapie, nebo kontrola v rámci skupiny: řazení podmínek za sebou, bez terapie a stejná doba psychoterapie u stejných klientů, srovnání různých druhů, intenzity, trvání nebo frekvence
- Výzkumy efektu: účinnost psychoterapie, míra účinku, negativní účinky psychoterapie (deteriorační efekt), spontánní remise (plynutím času, účinkem terapeutických faktorů působících mimo terapii)

VÝZKUM PROCESU A OBSAHOVÁ ANALÝZA

- Zaměřené na to, co se děje v průběhu psychoterapeutických sezení, vliv jedné proměnné na jiné proměnné v rámci terapeutické interakce
- Závisle proměnné: jevy a vztahy v průběhu terapie (např. výroky terapeuta, pacienta, formální charakteristiky, obsahová stránka interakce pomocí obsahové analýzy)
- **Obsahová analýza:**
 - o Snyderův systém: zkoumání obsahu rozhovorů v rogersovské terapii
 - o Struppův systém: kategorizace aktivit terapeuta v pěti dimenzích
 - o Balesův systém: interakční analýza procesu, vychází ze skupinové situace a předpokladu, že řešení problému zahrnuje tři stádia: získání informací, provedení rozhodnutí a vykonání jednání

MODELOVÝ VÝZKUM

- Zkoumá dílčí složky psychoterapeutického procesu v experimentálních podmínkách
- Snaha o zřehlednění komplexní psychoterapeutické situace zjednodušením v laboratorních podmínkách, které umožňují lépe ovlivnit a kontrolovat vliv jednotlivých proměnných
- Užívá se pokusných osob z řad dobrovolníků
- Klinik je nahrazen experimentátorem

ETIKA V KLINICKO-PSYCHOLOGICKÉM VÝZKUMU

- Schválení výzkumu
- Informovaný souhlas
- Možnost kdykoliv ukončit spolupráci na výzkumu
- Ochrana získaných informací
- Podmínky účasti
- Etický kód APA: části Výzkum a publikování, Testování
- Publikování: impact faktor-průměr publikací článku, Hirschův index (h-index)-produktivita a impact konkrétního vědeckého pracovníka
- Databáze: PSYCLIT, MEDLINE, EBSCO, PROQUEST, Sciencedirect, Web of science, Google Scholar, Pubmed, Researchgate

25. NÁPLŇ A VYMEZENÍ PSYCHOLOGICKÉ DIAGNOSTIKY V DĚTSKÉ A DOSPĚLÉ PRAXI

- Jednotlivé diagnostické okruhy v útlém věku, předškolním období, školním období, adolescenci, dospělosti, stáří

Psychodiagnostika je aplikovaná psychologická disciplína zaměřená na zjišťování a měření duševních vlastností a stavů, popřípadě dalších charakteristik individua.

DIAGNOSTICKÁ ČINNOST

- souhrn operací, postupů a technik, jejichž cílem je stanovit diagnózu (psychický stav jedince), a to podle konkrétního cíle, kterým může být:
 1. určení stupně vývoje,
 2. zjištění příčin odchýlného vývoje od věkové normy,
 3. zjištění individuálních zvláštností osobnosti,
 4. zjištění podstaty, podmínek a příčin individuálních rozdílů,
 5. prognóza či predikce.

(poruchy osobnosti u dětí neklasifikujeme, až v mladší dospělosti)

Psychodiagnostika má být komplexní – zachytit problém klienta v celkovém kontextu, ne pouze konstatování, co nefunguje, ale i jaký je autosanační potenciál, kompenzační mechanismy, info o neporušených oblastech – zjistit všechny relevantní info

↓

KLINICKÝ VS. PSYCHOMETRICKÝ PŘÍSTUP

- *klinický* – idiografický přístup
- *psychometrický* – nomotetický, statistický – porovnání jedince s populací

PSYCHODIAGNOSTIKA VE ZDRAVOTNICKÉ PRAXI

- diagnostika a diferenciální diagnostika
- hodnocení terapeutických zákroků
- posouzení pracovního a společenského zařazení
- zvláštní účely (např. důchodové řízení)

PSYCHODIAGNOSTIKA V DALŠÍCH OBLASTECH

- psychologie řízení, dopravy, personalistika
- pedagogická psychologie, poradenství
- vojenská psychologie
- forenzní psychologie

PSYCHODIAGNOSTICKÁ SITUACE – PSYCHOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

- **specifická interakce** mezi respondentem a examinátorem; diadická, skupinová...
- doporučena **fenomenologická metoda** – zbavit se přirozeně omezeného pohledu a přístupu, nezaujatě pozorovat a popisovat, neprojektivovat
- **intervenující faktory**:
 - **na straně examinátora** – jeho exteriér, odborné zkušenosti, pohlaví, věk, nálada, postoje, předsudky, soc. dovednosti (trpělivost, umění signalizovat zájem, důvěřivost, tvořivost...)
 - **vyplývající ze situace** – vzhled místnosti, prestiž a pověst pracoviště, teplota, světlo, hluk (hlavně u výkonových testů – IQ...), denní doba (optimálně 8-17 hod.)
 - **na straně klienta** – momentální tělesný a duševní stav (vždy se na začátku zeptat, jestli se cítí ok, jestli už někdy byl P testován, jestli přijel autem nebo přišel), věk, pohlaví, životní zkušenosti; TESTOVÁ ÚZKOST – pokud nemá zkušenosti; manifestuje se různě (třes, familiérnost, drzost, manipulování...)
- vzájemný vztah – založen na důvěře, je třeba určité naladění a motivace klienta, úkolem je odstranění či redukce úzkosti, jelikož má značný vliv na výkon
- správná administrace testů

FÁZE PSYCHOLOGICKÉHO VÝŠETŘENÍ

- 1) **formulace otázek, problému a stanovení hypotéz** (objednatel - klient sám, pacient v léčebně, nejčastěji 3. osoba - praktik, učitel, zaměstnavatel, soud, rodič > zjistit, co přesně chtějí)
- 2) **výběr vhodných metod** (cíl - co chceme měřit, účel (posudková činnost - invalidita...), jaké metody máme k dispozici a se kterými umíme dělat,, taktika při vyšetření (skupina?), podle probanda (věk...))
- 3) **vlastní vyšetření**
- 4) **vyhodnocení získaných dat a jejich interpretace** (kvantitativní + kvalitativní analýza)
- 5) **formulace nálezů a závěru** + (návrh dalšího postupu)

PSYCHODIAGNOSTIKA DĚTÍ – POUŽITÍ

- kojenecké ústavy psychiatrie
- specializované ambulance
- foniatrie a logopedie
- školní psychologie a ped-psy. Poradenství
- náhradní rodinná péče
- soudně-znalecká oblast

POŽADAVKY Z PRAXE

- kognitivní vývoj, intelektová úroveň
- specifické poruchy učení
- emoční složky osobnosti a její poruchy

ZÁKLADNÍ PSYCHOPATOLOGICKÉ KATEGORIE, KTERÉ JE NUTNÉ VŽDY ODHALIT

- neurotické onemocnění
- dětské psychózy – autismus, Aspergerův syndrom (Atwoodova škála)
- mentální retardace – je třeba vždy opakovaný kontakt, až ½ roku
- organické poškození CNS – poruchy učení, řeči (testy jako u dospělých)
- disharmonický vývoj osobnosti (dříve psychopatie)

SPECIFICKÉ RYSY DIAGNOSTIKY DĚTÍ (DLE KOLUCHOVÁ, MORÁVEK)

1. **Psychický vývoj** – mnohem rychlejší, sledovaná období jsou kratší.
2. **Obtížná odlišitelnost hraničních stavů** – širší rozpětí od normy k patologii, také obtížná diferenciální diagnostika.
3. **Větší závislost dítěte na sociálním prostředí** – při interpretaci metod je třeba brát v úvahu podmínky dítěte, výchovný styl apod.
4. **U mladšího dítěte menší možnost využití testů** -> budou převažovat metody klinické, u testových je třeba počítat s větší unavitelností a labilitou pozornosti.
5. **U dětí obtížnější interpretace výsledků**, čím mladší, tím méně přesná predikce vývoje, psychodiagnostika adolescentů – specifická.

MĚŘENÍ INTELIGENCE DĚTÍ OBECNĚ

1) předškolní (3–6 let)

- větší vliv emočních faktorů a okamžitého stavu na výkon
- kognitivní egocentrismus dětí (neuvědomují si, že posluchač neví to, co dítě – příběh od prostředka, bez úvodu)
- pro dítě je žádoucím výsledkem spíš pochvala dospělého a dle toho uzpůsobuje odpovědi
- rychleji se unaví (delší testy rozložit)

2) školní

- administrace a vyšetření se podstatně neliší od diagnostických postupů u dospělých.
- pozor, negativní postoj ke škole se může přenášet i do situace vyšetření (chybí snaha, motivace, předem očekávají neúspěch, vzdávají se)
- je vhodné začít úkoly neverbálními nebo těmi typy úkolů, u kterých očekáváme úspěch dítěte, pak subtesty verbální a vědomostní

VÝVOJOVÉ PSYCHOLOGICKÉ SOUVISLOSTI ÚTLÉHO VĚKU

Gesselovy principy vývoje

1. **Princip vývojového směru:**
 - Kefalo-kaudální (od hlavy k chodidlům)
 - Proximo-distální (centrum k periférii)
 - Ulna-radiální (od malíčku k palci)
2. **Střídání flexorů a extensorů**
3. **Princip funkční asymetrie:**
 - tonický šíjový reflex – šermíř
 - 4-5m symetrie
 - 6m asymetrie
 - po 1. roce symetrie
 - před 3 rokem asymetrie, lateralizace – specializace fce P a L poloviny těla
4. **Princip individualizace** – obecné zákonitosti vývoje x každého dítěte jedinečný postup
5. **Princip autoregulace** – univerzální biorytmus – dítě si samo řídí svůj režim (jídlo, spánek), má se to dodržovat, dítě si samo najde svou pravidelnost

KOGNITIVNÍ VÝVOJ – 4 ETAPY

1) SENSOMOTORICKÉ STÁDIUM

- myšlení = akce (vnímání + pohyb) – učí se prožitkem, chybí představy, ty se objevují po 2. roce života pravděpodobně na základě podmiňování – každý nový spoj integrován do existující struktury -> jedinec se asimiluje a učí se být citlivý k novým podnětům do té míry, do jaké se mu daří integrovat nové podněty
- i prožitkově – teď a tady (chybí představy)
- vrozená pohybová schémata (reflexy) - do nich zavzaty nové podněty, tím postupně nutná jejich změna
- schéma = určitá specifická dovednost
- vrozená motivace poznávat (odměna = potvrzení očekávání nebo vyřešení problému)
- vývoj od reflexů přes „zvyky“, jejich koordinaci k záměrnému („inteligentnímu“) jednání
- podíl paměti - permanence objektu (sledujeme stálost objektu (8m), počátky představ, základ pro symboly
- chybí představy, myšlení a symbol. fce, tedy stálost objektu
- tvoří si asimilační schémata a organizuje realitu časoprostorově a kauzálně

Subetapy sensomotorického období:

I. Reflexy – reprodukční funkční asimilace; = konsolidace chování

- asimilace nového předmětu, cvik (novorozenec - celostní aktivita + reflexy, ty procvičovány (reprodukční asimilace); zahrnovány do nich nové podněty (zobecňující či transpoziční asimilace) + rozpoznávací asimilace (rozlišování situací); konsolidací reflexů vzniká návyk, rozvíjí se jednotlivé pohyby a návyky (př. úchop)
- dítě piluje reflexy, př. sací reflex – naučí se najít bradavku, tzv. asimilační cvičení

II. Primární cirkulární reakce či zvyky (1-4 měsíce)

- opakování nahodilého pohybu záměrně – př. cucání palce (tvorba prvních zvyků na základě uspokojování potřeb)
- sled pohybů je závazný
- reakce jsou limitovány na vlastní tělo
- počátky koordinace zraku + hmatu (obohacení chování)
- dítěti dělá dobře nějaký pohyb, opakuje ho; zóna lehu do 6m, pak zóna sedu – kopání nožičkami připravuje na sed, protože posiluje svaly pro sed
- úsměv – dle Spitze a Wolfa – znovupoznání komplexu podnětů, které souvisí s uspokojováním potřeb, úsměv je odměněn a opětován

III. Sekundární cirkulární reakce (4-8 měsíce)

- zájem o okolí, zaměření na vnější svět (cíl již ne aktivita sama o sobě, ale dění v okolí)
- koordinace různých schémat (uchopí hračku a tluč s ní) – koordinace oko-ruka – vše si bere, vše chce

- opakování akcí s cílem získat odezvu okolí
- počátky odlišení prostředku a cíle; akce se stává prostředkem
 - o dítě často vyhazuje věci z postýlky, matka je vrátí zpět, pro dítě je to počátek sociálního chování

IV. Koordinace schémat (8-12 měsíců)

- používá prostředky k dosažení cílů (provázek – hračka); cíl stanoven dříve (před zahájením akce)
- diferenciací objektů i manipulačních schémat (zvonkem cinká)
- počátky permanence objektu a tvaru – u blízkých – ohmatatelných předmětů (otočí si lahvičku podanou opačným koncem; ale „hora mění tvar“; tj. první „invarianta“)
- dokáže si hůlkou přitáhnout hračku?
- už si volí cíl, ale nezávisle na prostředcích (chce hračku, na kt. nedosáhne)

V. Terciární cirkulární reakce (od 11.-12. měsíců)

- vyhledávání nových prostředků – metoda pokus - omyl
- záměrná experimentace; motivace = novost
- dítě si bere věci a považuje je za své
- hledá nové prostředky na základě diferenciací známých schémat (hračku si přitáhne)

VI. Zvnitřnělé (mentální) kombinace (do 2 let)

- počátky representačního myšlení, užití symbolů
- oddálená imitace (jako počátek symbolické hry)
- vhled – už má dostatek zkušeností s různými prostředky, aby k volbě prostředku došlo vhladem
- počátek symbolické hry s autíčky, panenkami, přisuzují více kvalit jedné věci (auto dělá vrrr, to dělá i traktor -> zobecnění)
- každý vousatý muž je táta (kognice), ale jen k tomu jednomu něco cítím (afektivita) - > neběžím ke každému – i na to je důležité koukat
- postupně tvoří schéma trvalého objektu, časoprostoru, kauzality (= podstruktury budoucích pojmů)

2) SYMBOLICKÉ STÁDIUM 2–4 ROKY

- dítě začíná rozumět světu v symbolech – ovšem na základě vlastních zkušeností (myšlení dle analogie)
- **předpojmy** – založeny na konkrétních zkušenostech, zcela individuální, mísí se konkrétní a obecné
- kognitivní egocentrismus (nerozumí hledisku druhých)
- vše se dělá
- věci mají své záměry a cíle
- kauzalita = dotek, blízkost
- magické myšlení: jakákoliv akce může mít jakýkoliv efekt
- myšlení (až do stádia konkrétních operací) v podstatě intuitivní
- startuje vzdorovitost – snaha o sebeprosazení, vše můžu, dítě rozumí světu jen na základě vlastní zkušenosti – když je výchova benevolentní, nechápe, proč nemůže -> vždy se ptát na rodinné klima a co se dělá; když rodiče nestíhají, dají mu tablet, dítě zjistí, že ťukne a něco změní, nechápe, že to v realitě nefunguje, narušuje to chápání kauzality -> porucha emočně behaviorální dysregulace, někdy to může vypadat až jako PAS

Sémiotické (symbolické) funkce

- oddálená nápodoba (krok k představě – zatím v hmotné podobě akcí): ukaž, jak dělá kravička, co dělá táta, když se zlobí -> oddálená nápodoba
- předstíraná hra, hraní rolí (kombinace představ; oddělení představy a reality): často si „vymýšlí“ třeba bebí, chce pofoukat, ono to nebolí, chce interakci; když je na vyšetření a nechce tam být, bude se chovat jinak (třeba se schová k mami), po odchodu je jak vyměněné, otázka – je to mnou, nebo se tak chová u všech cizích?
- (trauma – nutkavá hra, terapeuticky nezasahovat, ono si to potřebuje samo odžít)
- řeč (1. slova = spojení zvuk + „představa akce“ - jen asimilováno do stávajících schémat; aktivní manipulace se znaky později – umožňuje pak nové kombinace); zpočátku ale - jméno či název = součást předmětu (slovo voda je mokré)

- kresba – stadia vypsát; všímáme si i úchopu, kroužek má umět nakreslit ve 3r, ale napodobit to má umět mezi 2. a 2,5r, když to neumí, může to být tím, že nerado kreslí, zjišťovat, co dělá doma
- obrazová představa – není kopií vjemu, ale jeho asimilací, rozlišujeme reprodukční a anticipační představy
- pojmy:
 - o příznak akce (přímo spojen s předmětem, aspekt či část předmětu či akce)
 - o symbol (libovolný, spojení je dáno subjektem samým, př. i neologismy malých dětí)
 - o znak – formálně – kulturně dohodnutý, = konvenční symbol

3) STADIUM KONKRÉTNÍCH OPERACÍ

4) STADIUM FORMÁLNÍCH OPERACÍ

vs.

RANÁ VÝVOJOVÁ DIAGNOSTIKA C.UZGIRIS, J.MCV.HUNT

= Ordinal Scales of Psychological Development (1975)

- přímá vodítka k intervenci
 - nepotvrzují teorii 6 stádií sensomotorického vývoje, ale sedm funkčních oblastí s postupným vývojem:
 - a. pojetí objektu
 - b. úsilí o kontrolu prostředí (užití prostředků k dosažení cíle)
 - c. vokální imitace: – napodobuje „máma“, „mé“ apod.
 - d. imitace gest - př. „tytyty“
 - e. pojetí příčiny a následku: otázka, jestli se umí poučit
 - f. pojetí prostoru
 - g. schémata vztahu k předmětům (*manipulační schémata*) – jak manipuluje s věcmi, uvedená škála je orientační, čeho si máme všimnout
- (58 podnětových situací – chování hodnoceno na 7 (nebo – sloučením imitace 6) škálách)

VÝVOJOVÁ DIAGNOSTIKA

Účel vyšetření:

- diagnostika vývojových poruch (děti rizikové, opožděné dosahování vývojových mezníků; děti s diagnostikovaným neurologickým onemocněním nebo smyslovými poruchami)
- plánování stimulačních programů (raná péče) - mozek je plastický, tzn., že jde dítě velmi rozvíjet i v případě poruchy
- náhradní rodinná péče / ústavní výchova (event. styk s rodiči po rozvodu manželství)
- behaviorální problémy (poruchy jídla, spánku, dráždivost, pláčivost, sociální nereaktivita)
- nezapomenout na podporu a posilování rodiny – je to náročné, mění to sebeobraz rodičů, kazí to rodinné ideály

Význam časně diagnostiky!

- potřeba včasného zachycení dětí s ohrožením vývoje a zahájení intervence
- podpora / posilování rodin
- využití zvýšené plasticity CNS v raném období
- poskytnutí podnětů pro práci středisek rané péče, ev. pro další poskytovatele služeb

Interpretační principy

- integrace kvalitativního pozorování, anamnézy (rizikové faktory, dosavadní vývojové tempo) a vlastních výkonů
- VQ = ukazatel integrity CNS
- vývojový kvocient – VQ – u dětí se nedá počítat s IQ, predikovat inteligenci zde nelze, u VQ je nutné hledat silné a slabé stránky, zde musíme počítat s variabilitou, mluvíme o plus mínus,
- analýza profilu
- různý význam / váha jednotlivých položek / oblastí
- hodnocení zralosti projevu (chůze, záměr)
- hodnotíme chůzi – ta je náročná, obzvlášť tandemová chůze (nohy klade těsně za sebe); jeden test IDS – jeho část – tandemová chůze po laně se zavřenýma očima – pozor, selhání může být hlubokou poruchou čítí!!

MOŽNOSTI DIAGNOSTIKY:

v prvních měsících života

- východisko pro podporu rodiny
- posouzení aktuální reaktivity, temperamentu a emotivity dítěte
- poznání interakčního stylu dítěte i jeho rodičů
- vytipování hlavních potřeb rodiny
- všechny tyto úkoly pak trvají v následujících obdobích
- zachycení velmi vážných vývojových poruch či odchylek
- kognice moc ne, sledujeme biorytmus, můžeme zde vidět dráždivost (př. neadekvátně reaguje na zvuk vody, nemusí znamenat PAS)
- je nutné zachytit rozvoj vážných poruch

v 1. roce života

- zachycení vážných vývojových poruch – suspektně středně těžká a těžší
 - o stupně MR, smyslové a těžké percepční poruchy, poruchy motoriky
- neuropsychologický rozbor výsledků – popis jednotlivých specifických schopností - modulů ve vývoji
- popis kognitivního profilu a individuality dítěte
- vyhodnocování efektu intervencí

2. rok života

- spolehlivě dg. těžkých vývojových poruch
- suspekce i na lehčí vývojové poruchy (lehká MR), poruchy aktivity, poruchy vývoje řeči a dalších speciálních schopností
- první specifické projevy pervazivních vývojových poruch (dosti spolehlivá dg. těžkých poruch autistického spektra)

3. rok života

- dostatečně spolehlivý popis kognitivního profilu dítěte, zachycení (susp.) specifických poruch řeči, percepce, motoriky aj.
- hodnocení již dosti stabilních temperamentových, sociálních a emočních charakteristik dítěte a ustaveného interakčního stylu rodiny
- spolehlivá dg. typického autismu, suspekce na ostatní typy pervazivních vývojových poruch
- suspektně poruchy aktivity a pozornosti

LIMITY ČASNÉ DIAGNOSTIKY

- chybí jemnější diagnostické nástroje, projevy chování i důsledky poruch dílčích funkcí jsou globální
- dosud málo poznatků o vývojových zákonitostech (vzájemná závislost modulů v raných stádiích vývoje)
- odlišnost projevů specifických poruch a následků postižení CNS v raném věku a později
- malá stabilita projevů chování a vývojových profilů – uplatnění značné plasticity CNS
- větší význam vlivů prostředí (ekologická plasticita)

SPECIFIKA ČASNÉ DIAGNOSTIKY

- důraz na pozorování
- význam aktuálního stavu dítěte
- pružnost postupu, rychlost
- přítomnost rodičů, kontakt s dítětem
- adaptace u dětí se smyslovým nebo pohybovým omezením

1) Klinické metody

- anamnéza, pozorování

2) Novorozenecké škály

3) Globální vývojové škály

4) Posuzovací škály

- chování, interakce

5) Specifické přístupy – upravené, nakombinované metody pro specifické vady, poruchy

AD 1) KLINICKÉ METODY

– zde lze hovořit o struktuře anamnézy a pozorování

AD 2) NOVOROZENECKÉ ŠKÁLY

- **Apgar skóre**
- **Brazeltonova škála (NBAS)**
- **Neurobehaviorální hodnocení nedonošených dětí (Kornerová)**

Možné patologie: Downův syndrom, fetální alkoholový syndrom, mentální retardace, tělesná a smyslová postižení (korová slepota, hluchota, dětské mozkové obrny, kombinované postižení)

Klinické užití novorozeneckých škál

- pokud genetická dg odhalila riziko, je nutné dítě sledovat vždy po několika měsících, porucha se může projevit později
 - interakční intervence
 - o děti ohrožené prostředím (preventivní programy)
 - o děti rizikové
 - o časně diagnostikované vývojové poruchy
 - posouzení celkové integrity CNS
 - (Nejde o škálu vývojovou)
-

AD 3) GLOBÁLNÍ VÝVOJOVÉ ŠKÁLY

- **Bayley Scales of Infant Development** – viz níže
- **Gesellovy vývojové škály** – viz níže
- **Mnichovská vývojová diagnostika** – Hellbrügge; Köhler a Egelkraut (1984): Tato škála, která vychází z Gesellova a Bühlerové testu, u nás nebyla vydána.
 - o zahrnuje sedm oblastí: – 1. tělesná pohyblivost – 2. jemná motorika (zručnost) – 3. vnímání – 4. vývoj řeči (aktivní mluvení) – 5. porozumění řeči – 6. soběstačnost – 7. sociální chování
 - o hodnocení: – obdobně jako u Gesellovy škály určuje vývojový věk pro jednotlivé oblasti chování a posuzuje také profil.
 - o screeningová forma: Münchener Entwicklungsscreening – orientační posouzení dětí ve druhém a třetím roce života, jen tři oblasti chování (tělesný pohyb, aktivní řeč a jemná motorika)
- **CH.Bühlerová: Kleinkindertests** (1932): je určený pro děti od 0 do 5,9 let.
 - o vychází z prací vývojových psychologů „Vídeňské školy“, kteří prováděli intenzivní celodenní pozorování.
 - o na rozdíl od Gesella zahrnuje i vlivy prostředí
 - o zachycuje šest základních škál: – 1. smyslové vnímání – 2. tělesný pohyb – 3. sociální chování – 4. učení a nápodoba – 5. zacházení s materiálem – 6. psychická produkce
 - o není vyžadován přesný postup, ale funkční stejnost, úkoly jsou někdy velmi složité
- **Griffithová** (1954, 1970): normy pro děti od 0 do 8 let
 - o získáme celkový vývojový kvocient a profil v oblastech: motorika, sociální chování, sluch a řeč, oko a ruka a škála výkonu
 - o u nás se nepoužívá, ale je často citována v zahraniční literatuře

Gesellovy vývojové škály

- Gesell Developmental Scales - 1925, 1947
 - o Konblochová, Stevens, Malone, 1980
 - o Screening – Kovařík 1979
 - o Brunet-Lézine, 1951, 1965
- 4 týdny - 36 měsíců
- kvalitativní aspekty chování
- důraz na maturaci
- Gesellova škála – především klinická škála, zde stačí, když rodiče řeknou, že to doma dělá, i když v ambulanci to neudělá (u Bayleyové ne), v zahraničí jsou i novější verze; pokud splní v dané úrovni aspoň polovinu úkolů, jdeme o úroveň výš, do zprávy píšeme interval – př. řeč je na úrovni 1 až 1;2 měsíců, počítáme tedy intervaly, z toho vypočítáme VQ; vypsat jednotlivé kvalitativní aspekty chování, které Gesell sleduje, má důraz spíše na biologické zrání
- v 1. roce života úkoly pro každé 4 týdny věku, ve 2. roce jsou odstupy 3měsíční, ve 3. roce 6měsíční intervaly.

- 5 základních škál
 - o *Adaptivní chování* – vnímání, reakce na podněty, koordinace oko-ruka atp.
 - o *Hrubá motorika*
 - o *Jemná motorika* – hlavně jemná motorika ruky, vč. kousání může být ukazatelem mentální zrání
 - o *Řeč* – expresivní; receptivní (dělíme od 1. roku)
 - není to pravidlem, ale může být ukazatelem vyššího intelektu, ale není to jen o expresivní složce, ale i receptivní složce – je nutné zjistit, zda dobře slyší (dobré mít vyšetření od ušáře, což není možné u PAS, pak můžeme jen spekulovat)
 - o *Sociální chování*
 - sebeobsluha; interakční dovednosti a hra
 - jak jí, jak si hraje, jak komunikuje s matkou, jak se učí dovednosti (jak chodí po schodech, jestli skáče sounož, jestli jezdí na tříkolce, jestli zvládne po schodech dolů i nahoru), jestli špetkou vytáhne korálek, jestli vloží tvar do správného otvoru, jestli napodobí kruh -> to vše ukazuje na připravenost na další stadium, pokud je dítě přestimulované, mohou se objevit noční děsy, pokud to trvá déle než 14 dní a je to vícekrát za noc, může jít o dětskou epilepsii
- Vyšetření začínáme na věkové úrovni odpovídající chronologickému věku dítěte.
- **Klíčové věky** – podstatná stadia zralosti dítěte, která tvoří referenční body při vyšetření. Klíčové období je období, v němž jsou určité podstatné vzorce chování nejvýraznější nebo období, kdy se určité chování mění v jiné, složitější.
- **Zóna zralosti** – delší vývojové období, které koresponduje s klíčovými věky a je určující pro počáteční pozici dítěte při vyšetření i pro celkovou doporučenou sekvenci postupu vyšetření (zóna lehu na zádech).
- **Bazální věk** – úroveň, na které dítě všechny úkoly splnilo,
- **Strop** – úroveň, nad kterou již dítě žádný z úkolů adekvátně nesplní.

Gesell – hodnocení

(na základě výsledku testu + anamnézy + kvali popis chování dítěte)

- vývojová úroveň jednotlivých oblastí
- celková vývojová úroveň (neuromotorická zralost)
- VQ - odhad celkového kognitivního potenciálu – nesmí být nižší než dosažená úroveň adaptivního chování (nejtěsněji koreluje s dalším vývojem)

Bayelová (BSID)

- 1m – 3,5r
- podobná jako Gessel, ale má 3 škály, motorickou škálu obvykle hodnotí neurolog, ale nemusí to být kvalitní, proto je lepší udělat si sám,
- úkoly s rostoucí obtížností
- je nutné sledovat nejen dítě, ale i reakce matky – diriguje ho, omlouvá ho, zeptá se, jak na tom dítě je/zeptá se, jaké dávky dostane?
 - o *Mentální škála* – percepční bystrost, diskriminační schopnosti, vokalizace, paměťové učení, řešení problémů
 - o *Motorická škála* – hrubá i jemná motorika
 - o *Záznam o chování dítěte* – kvalitativně, aktivita, zájem, pozornost, energie, soc. příklon apod.

AD 4) POSUZOVACÍ ŠKÁLY

- **Hodnocení chování dítěte**
 - o záznam o chování
 - o **Transdisciplinary play based assessment** (Linder, 1990):
- **Hodnocení dyadické interakce**
 - o **AMIS** (Ainsworth, 1978):
- **Hodnocení rodinného prostředí**
 - o **HOME** (Caldwell, Bradley, 1984)
- **Screening autismu**
 - o **CHAT** (Baron-Cohen, 2000)
 - o **CARS** (Schopler, 1986) – viz ot.č. 13

DIAGNOSTIKA V BATOLECÍM OBDOBÍ

Batolecí období: období rozvoje autonomie, není ještě svědomí, hranice zvenčí, vysoké nároky na kvalitu/existenci pečující osoby – mnohé probírané se tedy týká attachmentu a vztahů

- **Reaktivní porucha přichylnosti** – podstatou nevývojová, i dle MKN – vymezena etiologicky
- **Desinhibovaná přichylnost v dětství** – podobně
- **Obtížný temperament**

(Prvé dvě poruchy – dány nepříznivými vlivy prostředí – CAN, deprivací vlivy)

RIZIKOVÉ FAKTORY VZTAHOVÉ PATOLOGIE

1) FAKTORY NA STRANĚ RODIČŮ

- těžká deprese u matky
- abúzus alkoholu a drog
- poruchy osobnosti, psychotická onemocnění
- x podstatně častěji nejde o vyjádřenou poruchu, ale spíše o charakteristické osobnostní rysy, impulsivita, nízká frustrační tolerance, špatné ovládnutí vzteku + projekce
- velmi mladé, svobodné matky, osobnostně nezralí rodiče
- neposilování prosociální reakce dítěte x relativně kontingentně reagování na neposlušnost
- autoritativní výchovný styl s častým užíváním trestů, domácí násilí

2) FAKTORY NA STRANĚ DÍTĚTE

- děti postižené tělesně nebo psychicky
- dráždivé, neklidné děti x i děti pasivní, málo reaktivní, s obtížným temperamentem „neplnící děti“
- více ohroženy děti mladší než starší, ve skupině těledně týraných dětí je podle literatury 50% zastoupení dětí mladších 6ti let

3) FAKTORY NA STRANĚ PROSTŘEDÍ

- stres, vč. socioekonomického
- izolování rodiny /i geografické/
- protrahovaná separace dítěte a matky (zejm. během kojeneckého/na přelomu s batolecím věkem)

PROTEKTIVNÍ FAKTORY VZTAHOVÉ PATOLOGIE

- možnost dítěte nějak aktivně vstupovat do nepříznivé situace, ovládat ji
- přechodnost nepříznivých faktorů
- inteligence

PROBLEMATIKA ATTACHMENTU

- attachment (Bowlby, Ainsworth) = citové přilnutí malého dítěte k matce a blízkým osobám, vzniká na základě hledání fyzického a emočního uspokojení a ochrany před ohrožením; zážitky z těchto vztahů celoživotně nastavují způsob navazování a udržování klíčových vztahů
- nejistý attachment = rizikový faktor
- perspektiva dítěte – závislá i na jeho resilienci

PŘÍZNAKY NARUŠENÉ CITOVÉ VAZBY

- **Pláč** – dlouhodobý neutišitelný pláč, nebo žádný pláč v situacích, kdy jej lze normálně očekávat
- **Krmení** – nepřiměřené dožadování jídla, hltání, zvracení, nebo malá chuť k jídlu, nedostatečné sání nebo kousání
- **Spánek** – dítě lze obtížně uklidnit, je příliš dlouho bdělé, přepjatě ostražitě, nebo přehnaně dlouho spí, spánek je pro něj reakce na stres
- **Dráždivost** – je těžké dítě utišit, snadno jej podráždí náhlá změna, nebo je nápadně nevšímavé k tomu, co se děje kolem
- **Strach** – nezvykle a přehnaně bázlivé, nebo se naopak nikoho a ničeho nebojí, nemá zábrany
- **Řeč** – nestálé povídání, časté opakování, nebo se naopak nesnaží mluvit a nereaguje ani na hru

DEPRIVACE

- **Potřeba určitého množství, proměnlivosti a druhu podnětů** (Uspokojení této potřeby umožňuje naladit organismus na určitou žádoucí úroveň aktivity.)

- **Potřeba základních podmínek pro standardní prožívání života** (Potřeba určité stálosti, řádu a smyslu v podnětech, tj. „smysluplného světa“. Uspokojení této potřeby umožňuje, aby se z podnětů, které by jinak byly chaotické a nezpracovatelné, staly zkušenosti, poznatky a pracovní strategie.)
- **Potřeba sociálních společenských vztahů** (zaměstnání, koníčky, společnost), to umožňuje účinnou základní integraci osobnosti (Uspokojování této potřeby člověku přináší pocit životní jistoty a je podmínkou pro žádoucí vnitřní integraci osobnosti.)
- **Potřeba společenského uplatnění** umožňujícího osvojit si rozličné společenské role a hodnotové cíle. To je podmínkou pro osvojení užitečných společenských rolí a hodnotných cílů životního snažení. Potřeba „otevřené budoucnosti“. Uspokojení této potřeby dává lidskému životu časové rozpětí a podněcuje a udržuje lidskou životní aktivitu.
- **Potřeba otevřené budoucnosti** je založená na tezi, že jedinec je snáze schopen překonat životní potíže a zátěž, pokud vidí před sebou určitou otevřenou životní perspektivu.

Pět typů chování z hlediska reakce na deprivaci

1. **Typ hypoaktivní, utlumení, regresivní** je charakterizován opožděním mentálního vývoje při celkově snížené aktivitě převážně výrazně se projevující v oblasti sociálního chování.
2. **Typ relativně dobře přizpůsobený** je charakterizován tím, že tyto děti nevykazují zvláštní odchylky či nápadnosti, které jsou zachytitelné.
3. **Typ sociální hyperaktivity** je charakterizován tím, že dítě nemá možnost navázat citový vztah k mateřské osobě, tak se v jeho projevech sociální zájem rozptyluje. Toto se pak promítá do navazování kontaktů s dospělými bez rozpaků, zábran se stejnou přítulností s tendencí více těžit z kvantity podnětů než z jejich kvality.
4. **Typ sociální provokace** je charakterizován projevy agresivity, výbuchy zlosti sloužící k domáhání a získávání pozornosti, ale s potenciálem být k nepoznání milé, klidné a přítulné (zvláště mimo dětský kolektiv v přítomnosti vychovatele).
5. **Typ náhradního uspokojení citových potřeb** je charakterizován tím, že dítě hledá uspokojení na úrovni nižších potřeb zvláště na úrovni biologické. V popředí je pak nápadné chování v podobě přejídání, zvýšení sebeukájejších aktivit, týrání zvířat. Jedná se tedy o přesun aktivity z oblasti sociálních do oblasti jiných potřeb.

Deprivační vlivy

- Specifický vztah k matce = základem rozlišení specifických vztahů vůbec - prototyp přátelských vztahů a později vztahů rodičovských, partnerských
- **V deprivačních podmínkách** – není specifický vztah k pečovateli (matce) – tj. není možná ani separace
- **Výsledkem navázání mnoha nediferencovaných vztahů** (desinhibovaná přichylnost) => nesocializovaná porucha chování, pragmatismus vztahu... vztah k psychopatiím v dospělosti

O empatii a emocích dítěte se můžeme dozvědět např. při práci s knihou Ferda a jeho mouchy, která je vhodná i jako terapeutická metoda.

OBTÍŽNÝ TEMPERAMENT

- temperament = charakteristický způsob emočního reagování a chování
- má biologické kořeny a je geneticky podmíněný
- ovlivňuje prožívání světa, adaptaci, interakci s prostředím a také výkon, lze dg. už v útlém věku
- relativně trvalá charakteristika člověka
- temperamentové konstelace – velmi rozdílné
 - o => individuální rozdíly v temperamentech dětí
 - o => individuální rozdíly v temperamentu rodiče, ale později i třeba učitele

NEWYORSKÁ LONGITUDINÁLNÍ STUDIE (THOMAS & CHESS, 1977):

9 temperamentových dimenzí, kategorií:

- | | |
|---------------------------|------------------------------------|
| 1. úroveň aktivity | 6. intenzita reagování |
| 2. pravidelnost | 7. kvalita nálady |
| 3. přístupnost-stažení se | 8. roztěkanost |
| 4. adaptabilita | 9. rozpětí pozornosti a vytrvalost |
| 5. reakční práh | |

TYPY TEMPERAMENTU U DĚTÍ

1. Snadno zvladatelné děti: pravidelnost, dobrá adaptace na změny, pozitivní odezva na novinky, mírná až střední intenzita a pozitivní nálada. Přátelské sociálně orientované děti, které nejsou snadno frustrované. Asi 40 % dětí v NLS – oblíbení dětmi i učiteli.

2. Obtížně zvladatelné děti: biologická nepravidelnost, negativní nálada, malá přizpůsobivost na změny, intenzita reakcí a negativní odezva na novinky. Snadno frustrované, pokud není po jejich, vznětlivé, hůře se přizpůsobují pravidlům. Asi 10% dětí v NLS. – potíživé.

3. Pomalé děti: mírná negativní odezva na novinky, pomalá adaptace na změny. Vyčkávají, drží se zpátky, pomalu se rozehrívají a zapojují...Asi 15% dětí v NLS – spíše neoblíbení učiteli, někdy považováni za hloupé, neoblíbení dětmi. Potřebují podporu a trpělivost. To co 1. a 2. nudí, 3. Vyhledává.

TEMPERAMENT: 2 HLAVNÍ TYPY PROBLÉMŮ:

1) obtížný temperament

2) když na sebe dva odlišné temperamenty „naráží“, když temperament není v souladu s prostředím

- **největší problémy tam, kde:**

- negativní nálada v kombinaci s nepravidelností
- extrémní vytrvalost (jak reakce dítěte ulpívají)
- stažení se, mírně negativní reakce na nové situace spolu s pomalou adaptací
- extrémní roztěkanost
- velmi vysoká nebo velmi nízká úroveň aktivity

- mnoho rodičů frustrováno především neklidnými, velmi aktivními, zbrklými, citově labilními dětmi x inhibované, pomalé děti – znevýhodněny rovněž

URČITĚ LZE NA TOTO MÍSTO ZAŘADIT DIAGNOSTIKU MENTÁLNÍ RETARDACE A PERVAZIVNÍCH VÝVOJOVÝCH PORUCH VIZ SAMOSTATNÉ OTÁZKY

CELKOVĚ POUŽÍVANÉ DIAGNOSTICKÉ METODY

- možný dosah vývojových škál: Gessel, Bayley
- testy inteligence: SB IV, K-ABC, SON-R 2,5-7, WPPSSI-R; struktura inteligence je jiná, vyšší vliv emocí na výkon, nápodoba dospělých -> pseudodospělé odpovědi; variabilita soc. zkušeností -> opět vliv na výkon; 3r – rozvoj vět, dítě může zadržovat, ale není to patologie, jen nestíhá vyjádřit rychlé myšlenky; myšlení je předoperační – kauzalita na základě doteku v místě nebo v čase; typický je kognitivní egocentrismus; jsou zaměřeny na odměnu, tedy pochvalu dospělého -> budou perseverovat pochválenou odpověď
- testy speciálních schopností
- projektivní testy

DIAGNOSTIKA V PŘEDŠKOLNÍM OBDOBÍ

PŘEDŠKOLNÍ VĚK 3–6 LET. CO SE DĚJE?

- Vývojový úkol seberegulace, zvyšuje se prvotní regulace emocí
- Formování vztahů mimo primární osoby rodičů
- Expandování – pohyb, prostor, činnosti, vymezování se – hranice a reakce
- Stud-vina-odměna
- Kolísání závislosti a snažení se o nezávislost

Specifika předškolního věku

- Prudké nestejněměrné změny ve vývoji
- Velká situační variabilita
- Egocentrické vnímání světa – neumí přizpůsobovat reakce a odpovědi požadavkům / představám druhých
- Nemá zájem o správnost výkonu

OBECNÉ OTÁZKY DIAGNOSTIKY

- Podstatnými body je dostatek anamnestických údajů, pozorování, navození optimálního prostředí, navázání vztahu s rodiči a dítětem, znalost metody
- Je důležité zahrnout údaje z pozorování chování dítěte, kvalitativně – interakce, kontakt, zájem, udržení pozornosti, ladění, sociální adaptivita, reakce na nový podnět, schopnost učení atp.
- Neopomenout – aktuální stav dítěte, včetně zdravotního a fyziologického, psychického stavu, chování malých dětí často s výkyvy v závislosti na drobnostech, ovlivnění únavou, afektivním stavem atp.

PRŮBĚH DIAGNOSTIKY

- Seznámení s požadavkem /zadání/ a anamnestickými údaji, očekávání a nastavení rodičů
- Pozorování interakce ve volné činnosti i v řízené činnosti, navázání interakce
- Práce s testovými úkoly, porovnávání výsledků a výkonu, časové rozložení, nečinit závěr z jednoho sezení
- Informace či pozorování v přirozeném prostředí /školka, domácí prostředí/

TESTOVÁNÍ DĚTÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

- Pozornost menší, emoční nestabilita, i snaha zalíbit se a být oceněn, projevy závislosti, negativismu
- Méně motivace soutěží či porovnání se s druhými
- Ovlivnění chováním, fyzické pohodlí /jídlo, vyměšování, oddech-spánek/
- Důraz na navázání kontaktu, připravenost metod /neodbíhat/, dobrá artikulace, úprava prostředí /hračky/

DIAGNOSTICKÉ OKRUHY, KROMĚ PŘEDCHOZÍCH JMENOVANÝCH ZEJMÉNA

- **Mentální retardace** (otázka č. 13)
- **Pervazivní vývojové poruchy** (otázka č. 14)
- **Poruchy řeči** (otázka č. 14)
- **ADHD** (otázka č. 15)
- **Porucha opozičního vzoru** (otázka č. 15)
- **Enurézy a Enkoprézy** (otázka č. 15)
- **Školní zralost**

+ nezapomenout na úroveň motoriky (hrubá i jemná motorika)

ŠKOLNÍ ZRALOST

= stupeň vývoje, který *umožňuje dítěti se zdarem si osvojovat školní znalosti a dovednosti*, což je spojeno s biologickým zráním příslušných struktur a já organismu

Znaky školní zralosti:

1. tělesný a zdravotní stav
2. kognitivní zralost – percepce, paměť, rozumové schopnosti, vyjadřování
3. emoční zralost – kontrola afektů, impulzů, motivace
4. sociální zralost – separace od matky, vztahy s vrstevníky

Faktory ovlivňující nezralost:

- dočasně brzdící vývoj dítěte – prostředí, trauma
- nezpůsobilost k docházce – defekt intelektu, slabomyslnost, slaboduchost
- trvalý handicap – rané postinfekční poškození CNS

Věk:

- 6 let orientační
- brát v úvahu děti na podzim
- filipínská míra

Diagnostické metody:

- **Stanford-Binet**
- **Dotazník chování předškolních dětí**
 - o screening – umožňuje identifikovat děti ohrožené vývojem vážného problému chování
 - o oblasti:

- Emocionální problémy
- Koncentrace a konstruktivní hra
- Sociální vztahy
- Jazyk, řeč, návyky, dodržování osobní hygieny
- více než 12 bodů: kritický bod → potíže s chováním → vyžadují naši pozornost (odbornou)
- **Heidelberský test řečového vývoje**
- komplexní diagnostika úrovně vývoje řeči a jazykových dovedností → zachycuje riziko opožděného vývoje řeči
- **Vinelandská škála sociální zralosti**
- diagnostika dětí s postižením:
 - mentálním
 - smyslovým
 - pohybovým
- posouzení stupně zralosti x celková inteligence
- použití:
 - děti výchovně zanedbávané
 - sociokulturně handicapované
- hodnotí: úroveň obecné soběstačnosti
- soběstačnost v jídle, oblékání, samostatnost
- **Orientační test školní zralosti** (Jirásek)
- 1. kresba mužské postavy
- 2. napodobení psacího písma
- 3. obkreslení skupiny bodů
- + Krejčířová: hvězda, kruh, trojúhelník → dělá dlouho za sebou (pozornost, soustředěnost)
- **Zkouška znalostí předškolních dětí**
 - oblasti: společenská, zařazení, pohádky, domácnost, čas, počet, zvířata, rostliny
- **Obrázkově slovníková zkouška**
 - slovní zásoba před vstupem do školy
 - obrázkový materiál (30 obrázků)
 - podstatná jména (parientální? Lalok)
 - činnosti (frontální lalok)
- **Informativní posouzení mentálního vývoje 5 letých**
 - při pediatrické prohlídce
 - subtesty:
 - obkreslování – grafomotorika, percepční znalost?
 - výklad obrázku
- **Zkouška laterality**
 - zaměření na hodnocení laterality – horních, dolních končetin, očí, uší
 - výsledek: koeficient pravorukosti + info o zkřížené lateralitě

Ale běžně se v poradenské praxi užívá případně ke stanovení intelektu **SON-R 2,5-7, IDS. P a od 6 let WISC-III**
MaTeRs – Test připravenosti na školu – nový standardizovaný diagnostický nástroj českých autorek

DIAGNOSTIKA MLADŠÍHO ŠKOLNÍHO OBDOBÍ AŽ PUBESCENCE

- v tomto období velká terapeutická resistance
- stoupají na ně morální nároky
- pokud má dítě konflikty jen s dětmi, a ne s dospělými – susp. prekocismus

Diagnostické okruhy předškolní věk (mentální retardace, pervazivní vývojové poruchy, ADHD...) + zejména:

- **Poruchy chování, predelinquentní vývoj, asociální chování** (viz otázka č. 15)
- **Diagnostika školních schopností a dovedností** (Poruchy učení ((SPU) viz otázka č. 15)

VÝVOJOVÉ ÚKOLY DANÉHO OBDOBÍ

- Přijetí vlastního **těla, tělesných změn**, vč. pohlavní zralosti a pohlavní role, časté je srovnání (-> možný vznik PPP, sui a sebepoškozování, p. chování).
- **Kognitivní komplexita, flexibilita, abstraktnost** myšlení.
- Uplatnění kognitivního a emocionálního potenciálu ve **vztazích k vrstevníkům**.
- Změna **vztahů k dospělým** (rodiče, autority) – autonomie, kooperace a vzájemný respekt, už opouští pubertální vzdor a nachází respekt, pak také respektují, už kladou inteligentní otázky, zamýšlejí se nad světem.
- Získání představy o ekonomické nezávislosti a směřování k ní – **volba povolání, získání základní kvalifikace** – to, co si v tomto věku zvolí, nemusí být úplně košer, volba ještě není ukotvená, může experimentovat, zklamání se může projevit jako deprese, únik do drog, ale může to znamenat i počátek nějaké nemoci.
- Získání zkušenosti v **erotickém vztahu**, příprava pro partnerský a rodinný život; může se stát, že ho to nenaplní, to může vztahovat na vlastní cenu (fyzická atraktivita, psychická hodnota -> může se objevit úzkostná rozlada, poruchy identity); někdy je reálný vztah nahrazován pornem nebo virtuální realitou (výzkumy – může způsobit až změny na mozku), mohou přicházet s předčasnou ejakulací, bolestivostí styku u dívek.
- Sexualita je otázkou výkonu – je trend neutajovat sexualitu a jít na to dost hrdě, riziko promiskuity, ale tím, že do vztahů jdou, připravují se na budoucí vztahy a plní si svůj vývojový úkol; sexuálním vztahem si potvrzují vlastní fyzickou atraktivitu; pokud to chybí, nahrazují pornem – může přejít do excesivní masturbace, deformované představy o sexu a sexuálním výkonu.
- Získání kompetence pro **sociálně zodpovědné chování** – zjišťují, jak to je v naší kultuře, dříve všechno po svatbě, dnes už nekupujeme zajíce v pytli.
- Představa o **budoucích prioritách** – důležité osobní cíle, životní styl.
- Ujasnění **hodnotové hierarchie, reflexe a stabilizace vlastního vztahu ke světu**, k životu.
- Vývojové úkoly mají **biologickou, psychologickou i kulturní** dimenzi.

Diagnostické okruhy mladší školní věk + zejména:

- **Poruchy příjmu potravy** (viz otázka č. 10)
- **Sebepoškozování a suicidální chování** (viz otázka č. 8)
- **Psychotické poruchy** (viz otázka č. 7)

Bližší specifika uvedených diagnostických okruhů v souvislosti s tímto obdobím:

SUICIDÁLNÍ CHOVÁNÍ

Kognitivní rozvoj v pubertě a adolescenci:

- Obrat k abstraktnímu nerealnému – práce s výroky, s hypotézami.
- **Pokládá si otázky, na které není odpověď** – bilancuje – bude mě někdy někdo milovat? Co budu dělat, až tu nikdo nebude? Budu někdy šťastný? Když jsem s druhými, jsem to já? Kdo jsem?
- Od **realismu a střízlivosti** ve školním věku se přechází k **abstraktnímu, nerealnému, pravděpodobnému** – může dojít k životním krizím

Emoce

- Labilní, prudká emocionalita, často nerozumějí zdrojům svých afektů.
- Labilita může mít podobu i lítostivosti, stažení se, dystymie, ...

Charakterový vývoj:

- Postoje, hodnoty, světový názor: flexibilita, schopnost používat nové způsoby řešení – preference jednoznačných, zásadních a rychlých řešení, intenzivních a absolutních, která vedou k jistotě – jsou autentické; kompromis jako méně kvalitní a nežádoucí.
- Hledání: smyslu života, absolutně platných a trvalých hodnot, potřeba přesahu vlastního života.

Konceptualizace smrti – vývojově:

- Koncept smrti – **universalita, nevratnost** (když někdo umře, navždy nás opustí – začíná chápat slovo *navždy*, je nutné s dítětem mluvit o tom, co pro něj smrt znamená).
- Pokud dítěti zemře někdo blízký, může s ním dál mluvit, je nutné pohlídat, aby to nešlo cestou patologického truchlení (např. až do halucinací a psychózy, hrozí poruchy chování).
- Začíná být chápáno dítětem kolem 10. roku života, do té doby magické představy.

- I po završení procesu konceptualizace smrti – často **přetrvávající fantazie** např. o setkání se se zemřelými, posmrtném životě.
- Adolescenti **o smrti přemýšlejí**, přemýšlejí, co bude po smrti, snáze jsou ochotni riskovat svůj život.

Rizika suicidálního jednání

1) rodina

- konfliktní rodinná situace, nefunkční rodinné vztahy, rozvod rodičů, intrafamiliární násilí
- ztráty zázemí – někdy stačí odstěhovat se na koleje
- subjektivně pocíťovaný nedostatek podpory z rodiny – nemusí to být nefčn, ale člověk to tak může vnímat
- suicidium v rodině
- rodiny rozmazlující, chránící děti – když se stane bebí, čl. nemá vlastní zdroje, aby to zvládl, hodně rizikové jsou internátní školy

2) sociální kontext

- problematická školní situace, šikana ze strany spolužáků, učitelů, hrozba špatných známek
- snížená adaptace mezi vrstevníky, pocity osamělosti

3) individuální faktory

- zhoršený zdravotní stav, zvl. chronická nebo progredující onemocnění – řeší se jen to, co nesmí, je nutné podporovat, co
- afektivní poruchy a poruchy schizofrenního spektra – hledat je v diferenciální dg a uvažovat o jejich komorbiditě
- závislosti, PPP
- disharmonie osobnostní – impulsivita, hraničáři, disoc. vývoj
- nižší/neproduktivní intelekt – neschopnost najít jiné řešení
- odchylnost sex. apetencí, pozor i na alterace identity (jsem holčička, chlapeček?)

4) kulturní kontext:

- Etnické faktory se neukázaly jako konsistentně významné
- Vyspělé země – více TS a automutilací
- Umění, hudba – asi tím myslí metal, ale nevysvětlil

Dynamika suicidálního rozhodnutí

- k vlastnímu jednání dochází často **pod vlivem akutně působících vyvolávajících faktorů** (konflikt s rodiči, rozchod s děvčetem...), do terapie často přicházejí s tím, že vědí všechny techniky apod., ale nepoužívají je, pohltní je emoce a jsou bezmocní
- v mezidobí 15–19 let:
 - o děvčata ohrožena spíše suicidálním pokusem (3:1),
 - o chlapci dokonaným suicidiem (6:1),
 - o děvčata - spíše „měkké prostředky“ - léky, chlapci „tvrdé“ - oběšení, skoky
- někde mezi - "vabank", "suicidální hra" – najdu někoho, kdo mě zabije, já to sám nedokážu – dá se do provokování někoho dalšího, přidá se k hooligans
- u zkratkovitých rozhodnutí – okamžitá dostupnost prostředku
- v dětství a adolescenci vedle **autoagresivní podstaty** suicidálního jednání také nezřídka složka **heteroagresivní**

Klinický obraz

- do 15. roku – **nejčastěji zkratkovitá jednání** – impulzivita v dětství (odhalíme v testech, př. TENAZO, ale i ROR, odpovědi střelí bez myšlenek, mění je, jak mu některé věci postupně docházejí), ale i disharmonický vývoj
- po 15. roce: **v presuicidálním období** – dlouhodobý **diskomfort**, konflikty.... ⇒ "idea vnějšího nepřítele" ⇒ obrácení agrese proti sobě ⇒ představa realizace, reakcí pozůstalých, fantazie o vlastním pohřbu... = prolínání autoagrese a heteroagrese ⇒ **realizace suicidálního jednání**
- zdánlivý **paradox u vývoje nálady**

SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

- i při nepřítomnosti přímého úmyslu zemřít – vždy **vysoce rizikové**

- riziko "nákazy" – pokud někdo ve školním kolektivu začne, obvykle se to roznese, riziko webu a Fb apod.
- až 75 % pacientů v průběhu sebepoškozujícího aktu nevnímá bolest – hypotézy, proč nevnímá bolest:
 - o přítomnost disociativních mechanismů (depersonalizačně-derealizační příznaky)
 - o snížený práh bolesti
 - o změny citlivosti opiátového systému – nejen neurochemie, ale i nádory nebo abúzus

Vztah k jiným psychopatologiím

Obecně – výskyt sebepoškozování zhoršuje prognózu vývoje všech jiných poruch

- **deprese**
- **dysthymie**
- **porucha přizpůsobení** s depresivními projevy
- **ego – dystonií sexuální orientace**
- **schizofrenie**
 - o zvláště v mladším věku – **vývoj schizofrenie přes depresi**
 - o **suicidální tendence** v časně a pozdní adolescenci mívají **užší vztah ke schizofrenii než k depresi (narušení sebehodnocení a testování reality)**
 - o **psychoticky motivované automutilace**
- **abúzus psychoaktivních látek, gambling**
 - o akcelérátor
 - o následek abúzu drog
 - o u gamblingu – jeden z nejčastějších důvodů, následek: dluhy, vymahači...
- **poruchy příjmu potravy**
 - o 2 % anorektiček suiciduje
- **disharmonický vývoj osobnosti**
 - o vždy snížení **adaptability na enviromentální zátěž**
- **disociálové**: obvykle bez úmyslu zemřít; i vědomá manipulace
- **histriónské osobnosti** – spíše suicidální pokusy
- **vyhýbavá osobnost** – citlivost ke kritice a odmítnutí – zdroje zátěže
- **hraniční porucha** – výrazné zastoupení sebepoškozujících aktů, rizikové hlavně pro svou intenzitu a soustavnost
- **narcistní poruchy** – v reakci na znehodnocení jejich grandiozity, autodestruktivní projevy mají triumfující podtext
- **neurotické, úzkostné poruchy, stresové reakce, PTSD**
- **vyšší vulnerabilita, „neurotická řešení“** v relativně benigních životních situacích
- **zneužívání, týrání** např. doma
- **somatické onemocnění**
 - o zvláště chronická – nepřijatelnost dlouhodobé perspektivy
 - o sebepoškozování, které má formu nedodržování léčby
 - o u chronických onemocnění, kdy nemoc bolí, kdy je to 'jak na horské dráze, už nemusí chtít bojovat

Také lze nahlížet jako na:

- Sebeпошкоzování v kontextu ztráty kontaktu s realitou (psychotický obraz)
- Sebeпошкоzování v kontextu poruch psychického vývoje (např. MR – stereotypní pohyby – obtížné zvládnutí)
- Sebeпошкоzování jako snaha vyplnit prázdnotu
- Sebeпошкоzování jako snaha vyrovnat se se zátěží
- Sebeпошкоzování jako „životní styl“ (emo, gothic apod.)

SCHIZOFRENIE

- adolescence – typický věk začátku prvopříznaků schizofrenie, ale je nutné vědět, že ještě nedoznává puberta, že to není fantazie
- může vzplanout i v dětství, ale má jiný obraz
- **puberta a adolescence: modifikuje klinický obraz:**
 - o *paranoidní bludy podstatně častější, časté dysmorfofobické bludy*

- *ambivalence jsou běžným prožitkem x zde nabývají zúzkostňujících rozměrů a rozrušují centrální koherenci*
- *biolog. stres puberty může být spouštěčem vlohy*
- *experimenty s psychoaktivními látkami – mohou také spustit vlohu ke schizofrenii*
- *druhy dětských psychóz: pseudoamentní psychózy, autistické psychózy, Arésův syndrom, symbiotické psychózy*
- schizofrenie dosedá na nedozrálé struktury CNS, desintegruje v období, kdy vývojovým úkolem je postupná integrace a ustavení identity
- **psychóza** – nejednotné užití jak u dětí, tak u dospělých nicméně často užívaný ⇒ vymezení pracovně: těžká duševní porucha, jejíž rámec tvoří porucha vztahů pacienta: k sobě samému, k ostatním osobám, k realitě
- **progredující schizofrenie** v adolescenci nejčastěji ústí v **astenický syndrom** (jsou takoví vyčerpaní, nemastní neslaní), nálada často **dysforická**
- prožitek narušení **identity, integrity a intimacy** osobnosti
- u akutní ataky v adolescenci - tendence ke spontánním remisím

Diagnóza schizofrenie v adolescenci:

- diagnostikujeme 3 různé varianty:
 - **Dětská schizofrenie**, vystupňovaná stresem puberty (prokazatelný začátek již v dětství)
 - **Chronická schizofrenie /plíživé formy/** – adolescentní věk hraje malou roli, v anamnéze jsou úporné potíže nejčastěji z okruhu neurotického; často probíhá nerozpoznána a teprve pomalá deteriorace výkonnosti, snížením zájmu o kamarády, pseudofilozofováním a afektivní tupostí pomůže stanovit dg., nízký intelekt, malé zapojení do společnosti
 - **Akutní schizofrenie** – s jasným začátkem potíží až ve věku adolescentním – rozmanité klinické obrazy, bližší těm, co vidáme u dospělých, často syndromy paranoidní

Faktory suspektní pro schizofrenii

- dlouho persistující symptomatika
- odtažení od normálních zájmů
- adolescenta (buď nezralost nebo pseudozralost)
- zdůrazňování formálního proti obsahu – TYPICKÉ!!!
- poruchy myšlení
- OCD symptomy, spíše spekulativní, než že by provokovaly anxieta
- bizarní fantazie
- denní snění
- neobvyklé úsudky
- později disociace, zárazy

Rizika

- schizofrenní vloha?
- téma separační individuace – v ROR a TAT – potíže s individuací?? (nevysvětlil)
- **Rizika biologická**
 - Více **neurologických abnormalit** – "soft signs";
 - **Genetika**
 - pro sourozence schizofreniků 8%
 - pro děti schizofreniků (1 rodič) 12%-13%.....
 - pro děti schizofreniků (oba rodiče) 40 %
 - pro vzdálenější příbuzné 2-4%
 - pro monozygotní dvojče 46%
 - pro dizygotní dvojče 14%
- **Precipitující faktory vzplanutí:**
 - depresivní reakce,
 - obavy, neurotické reagování
 - psychosomatické potíže
 - onychofagie
 - závislost na okolí
- **Koincidující faktory vzplanutí:**
 - stěhování (zejm. internát, koleje)
 - změna prostředí, školy
 - homosexuální experimentace, nižší zájem o opačné pohlaví (souvisí s ↓ zájmem o vrstevníky jako takové)
 - snížení zájmu o skupinové aktivity, sport

DIAGNOSTIKA V ADOLESCENCI

(diagnostika jako pro dospělé)

V tomto období nově sledujeme také:

- **Bipolární porucha** (viz otázka č. 8)
- **Disharmonický vývoj** (viz otázka č. 26)
- **Poruchy pohlavní identity** (viz otázka č. 11)

+ ale také jiné afektivní poruchy (deprese, dysthimie, cyklothymie, závislosti, poškození mozku,...)

BIPOLÁRNÍ PORUCHA

Nejčastější symptomy depresivní fáze BP u dětí a adolescentů

- u dospívajících postupně mizí somatizace, která je typická pro děti, ale jsou tací, kteří potřebují větší kontrolu, ti více somatizují
- narušené myšlení – začnou se zaobírat ptákovinami, pokládají si otázky, na které není odpověď, věnuje tomu moc a moc času, pak se seabemská, obvykle ztrácí kontakty s okolím, je nutné se na to zaměřit a posílat ho do činnosti (pokud není agitovaný), typicky diskvalifikují pozitivní – nic, co udělají, není dobré
- smutná nálada, neschopnost prožívat radost
- iritabilita, únava – dodat energii dobrou stravou, insomnie
- snížené sebehodnocení, sociální stažení
- v dětství – somatická manifestace, v adolescenci už méně, v dospělosti málo (například bolesti břicha nebo hlavy)
- mohou být přítomny halucinace, agitovanost nebo extrémní strach, změny váhy
- excesivní ospalost během dne - nutná dif dg narkolepsie
- někdy jsou v partě, ale mají pocit, že jim nerozumějí, někdy jsou odříznutí od vrstevníků (malá vesnice, nemají peníze na kroužky, zájmy) -> aktivizovat, i kdyby to šlo přes sílu

Manie u BAP

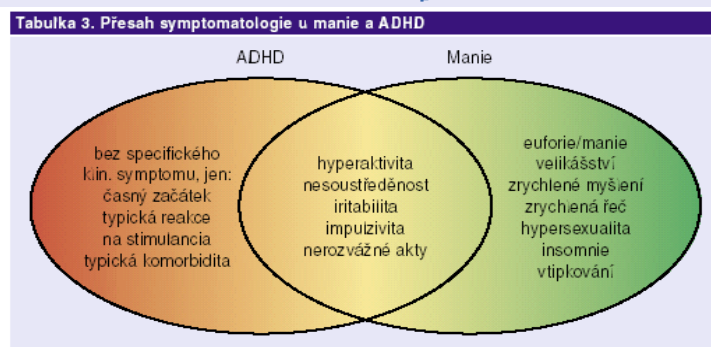
- **1% prevalence bipolární poruchy (BP) v adolescenci a 5% prevalence subsyndromových případů** širšího bipolárního spektra – je náročné je diagnostikovat
- více než u 1 % adolescentů s depresí (endodeprese) dochází k přesmyku do manie do věku 24 let

Manie v dětském věku bývá:

- nonepisodická – těžko se to podchytí
- chronická – resp. rychle chronifikuje
- s kontinuálním rychlým cyklováním, často má netypický, smíšený obraz
- neremituje k uspokojivému fungování
- pokud je obraz smíšený a nasadíme stimulanty a dítě se zlepší, tak to není bipolárka, pokud se nasadí antipsychotika, dítě nebude reagovat, reaguje až na thymoprofylaktika

Mimikry: co pod tím může být schované

Tabulka 2. Dětská a adolescentní manie může imitovat jiné poruchy	
MANIE	MIMIKRY
Elevace nálady	Pubertální nevázanost
Iritabilita	Poruchy chování, deprese, reakce
Velikášství	Vývojová fáze, osobnost
Roztržitost, nepozornost	ADHD, anxieta
Agitovanost	ADHD, abusus drog
Poruchy úsudku	Nezralost, drogy, psychózy
Insomnie	Deprese, anxieta
Mnohomluvnost	ADHD



nejlepší ukazatele dif. dg. ADHD x manie

- u manie: elevovaná nálada, grandiozita, zrychlené myšlení, snížená potřeba spánku, hypersexualita - můžeme čekat až od 15, u některých již od 12, ale obvykle jsou spíš cestou bolesti a rizika
- toto se u ADHD spíš nevidí, ale ADHD zvažovat vždy (jsou subhypomanicky nastřelení)
- vždy pozor na abúzus psychoaktivních látek – mají tyto příznaky
- abúzus alkoholu může maskovat larvovanou bipolárku

Rizika pro rozvoj bipolární poruchy

- genetika: jednovaječná dvojčata – kolem 65 %, dvojvaječná dvojčata - kolem 15 %.
- premorbidně deprese, hypomanie
- afektivní poruchy v rodině

Protektiva pro prognózu bipolární poruchy:

- stejná jako u schizofrenie – jasné ohraničené prostředí, strukturovanost, rodinná péče, neohrožující prostředí (pozor na nefunkční rodinu, snížený intelekt rodičů apod.)
- při propuknutí M-D psychózy v časném věku – relativně časný vývoj (přesmyk) ve schizoafektivní poruchu, evt. později čistě schizofrenní obrazy

DIAGNOSTIKA V OBDOBÍ DOSPĚLOSTI

Zde si každý může vybrat z předchozích otázek ☺

DIAGNOSTIKA V OBDOBÍ STÁŘÍ

ZVLÁŠTNOSTI DIAGNOSTIKY VE STÁŘÍ

- častěji potřebují kompenzační pomůcky (brýle, naslouchadlo)
- mají sníženou hybnost – nelze zadávat úkoly na jemnou motoriku
- mají zpomalené psychomotorické tempo – posuzovat podle norem daných věkem
- jsou rychleji unavitelní
- vyšetřují se 3 oblasti – kognitivní, behaviorální, funkční

1. **Pozornost, orientace** – časem, místem, „sedmičkový test“ (odčítání 7 od 100)
2. **Paměť**
3. **Slovní produkce**
4. **Jazyk** – porozumění – slovní i písemný pokyn, pojmenování
5. **Zrakově-prostorové schopnosti** – test hodin, krychle
6. **Organicita** – Kostky, ROCFT, Bender-Gestalt

+ při podezření na MCI nebo demenci testy soběstačnosti, např. FAQ

+ vysoká prevalence deprese a úzkostí!!!! -> riziko sui kvůli beznadějně situaci mnoha seniorů, časté je i rizikové chování (např. nebezpečná jízda na kole za účelem sebezabití) s úmyslem “dát osudu šanci”, jelikož dnešní senioři jsou ještě z generace, která sebevraždu neuznává jako volbu, někteří ale suicidium páchají

+ pozor na deliria, abúzus léků, alkoholu, sy EAN!!!

- při posuzování kognice se ptát i primárního pečovatele/partnera/dětí, jak je klient soběstačný, orientovaný, zda má propady, lepší dny, kdy funguje nejlépe, kdy má přes den nejlepší a nejhorší výkon a náladu
- screeningové testy: ACE-R, ACE-CZ, MoCA, MMSE, ADAS-Cog atp.
- české metody: ALBA, TEGEST, POBAV, BOPR...

26. DIAGNOSTIKA OSOBNOSTI A PSYCHOPATOLOGIE U DĚTÍ A DOSPĚLÝCH.

Přehled klinicky významných metod k diagnostice osobnosti a psychopatologie, strategie vyšetření dle jednotlivých vývojových období. Klinický a psychometrický přístup v diagnostice.

OSOBNOST

- *při popisu osobnosti vycházíme z jejích charakteristik:*
- **vlastnosti osobnosti dle Kondáše** = formy stálějšího reagování určitým směrem a jistým způsobem, hovoří při tom o **vnitřních charakteristikách** (jako jsou rysy, schopnosti, motivy, procesy, mechanismy, schémata, stavy nebo scénáře) a **vnějších charakteristikách** (= projevy osobnosti jako výraz, reakce, způsoby chování, výkony, odpověď, činy, jednání) Cattelovy pramenné a povrchové rysy
- **starší výkladové systémy pracují s typy** = jistá struktura navzájem skloubených dominantních a relativně stálých vlastností osobnosti, jde o jakési extrémy, zatímco dimenze implikují představu kontinua
- **novější pojetí vychází z faktorové analýzy** -> **stanovení omezeného počtu základních vlastností**, které nelze dále redukovat a které vyjadřují bazální charakteristiky osobnosti, př. psychoticismus, extraverte a neuroticismus Eysencka
- *při diagnostice*
- registrujeme vnější projevy osobnosti, a to kvali i kvantitativně,
- z pozorovaných projevů (vnějších znaků) vyvozujeme závěr o přímo nepozorovaných rysech, vlastnostech, charakteristikách osobnosti.

OBECNÁ DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA DLE MKN-10

I. Evidence subjektivní odchylnosti od očekávaného (přijatelného) průměru chování dané společnosti (norma).

Odchylka se musí projevovat ve více než jedné z oblastí:

- Poznávání (vnímání a interpretace) skutečnosti;
- Emotivita;
- Ovládání impulzu a uspokojování potřeb;
- Způsob chování k ostatním (interpersonální sféra).

II. Odchylka se projevuje jako výrazná nepřízpůsobivost, maladaptace, dysfunkce v rámci širšího okruhu situací.

III. Odchylka se stává příčinou osobních potíží, má dopad na sociální prostředí a negativní důsledky.

IV. Dlouhotrvající odchylka, začátek v (pozdním) dětství nebo adolescenci.

V. Odchylka není projevem ani důsledkem jiné duševní poruchy.

VI. Musí být vyloučeno organické onemocnění, úraz nebo dysfunkce mozku.

PORUCHY OSOBNOSTI

- mají hlubokou zakořeněnou a neflexibilní povahu
- maladaptivita se více projevuje v interpersonálním kontextu
- relativní stabilita v čase
- významné poškození adekvátně fungovat
- prožívané distresy související s osobnostní disharmonií
- lze sledovat jejich vývoj v dětství či adolescenci
- převážně ego-syntonní

U dětí se poruchy osobnosti nedagnostikují, hovoříme o disharmonickém vývoji viz níže.

DISHARMONICKÝ VÝVOJ OSOBNOSTI (DVO)

- alogičnost MKN-10 – definice poruch osobnosti je o převládání nějakých nerovnoměrností z dětství – ale dětství se nevěnuje
- DVO: některé složky osobnosti jsou rozvinuty nadměrně či méně, jsou relativně trvalé povahy, nerovnoměrnost je vážná, že působí potíže nositeli, okolí či oběma

- klienti - rigidní vzorce chování, stereotypnost, kolize s okolím
- méně nárokový
- distanční

DVO: TYPOLOGIE NAVAZOVÁNÍ

1. Paranoidní p.o.

- nemá dg. korelát v dětství
- spíše povahové zvláštnosti
- nejčastěji iritace ze zájmu, jiný význam
- předjímání útoku, preventivní chování – spíš udělá něco sám dřív, než jemu někdo něco udělá
- kolize s dětmi, nikoliv s dospělými (prekocismus) – nějak paranoidně se vztahuje, předjímá útok, je více ostražitý na vše, co se týká jeho (špatná známka, domnělá křivda)
- hypersenzitivní, hypervigilní, konfliktnost vztahů s vrstevníky

2. Schizoidní p.o.

- dg. korelát schizoidní p. v dětství, Aspergerův syndrom
- dif. dg. schizoidní vs. Aspergerův syndrom:
 - schizoidní nemají poruchy myšlení, malý zájem o vztahy mimo rodinu, je jim jedno co si ostatní myslí, snížená sociální motivace, ale mají soc. dovednosti
 - dobře vyjádřený asperger = schizotypální cesta – taková éterická bytost, magické myšlení, zvýšená sexualita
 - špatně vyjádřený asperger = cesta schizoidní poruchy osobnosti – mají fantazie o vztazích, ale bojí se a do vztahů nejdou, nedostatečně rozvinutá strategie sdílení, příliš rozvinutá tendence ochrany

3. Dissociální p.o.

- v dětství dg. korelát na nesocializovanou p. chování a p. opozičního vzdoru, popř. socializovaná p. (ta má ale tendenci narovnávat vztahy, takže se sem dostane málokdy)
- základní otázka – zda dítě umí navazovat vztahy – kope za tým, nebo napráská všechny, aby si zachránil zadek?
- tyto děti jsou spíš samotáři
- v terapii toho moc nesvedeme, ale můžeme je naučit, aby si moc neškodili (např. přiznat se nebo nepoškozovat vztahy)
- dif.dg. nesocializovaná vs. socializovaná p.
- absence pocitů viny, absence empatie (také porucha empatického spektra)

4. Emočně nestabilní p.o.

a) impulzivní typ

- dg. korelát na ADHD, LMD, socializovaná p.
- není dominantní anetičnost, není nevztahovost
- rychleji konají, než myslí
- v dětství: neklidné, nepokojné, afektované, reaktivní, citově nestálé, velkorysost, nepropracovanost, rozdávačnost (nepřemýšlí nad tím, pak pláče, nebo něco pro někoho ukradne), může být dráždivost
- výkyvy výkonnosti, sebeovládání – každý den jinak

b) hraniční typ

- dg. korelát porucha identity, prognóza kompenzace je velmi variabilní
- vyrušitelnost, instabilita, nízká frustrační tolerance, expanzivnost i motorická
- v batolecím věku: křehčí, více se vztekají, dráždivější, vitální temperament
- hraniční obraz až s pubertou – nároky na identitu a na vztah
- problémy hledat svou identitu, její neustavení, navazují se a odpojují
- 2 cesty:
 - poruchy chování (návykové látky, automutilace)
 - cesta duchařiny, sektářství

5. Histrionská p.o.

- nemá v dětství dg. Korelát – ale mohou to být ti dětští herci – ti ale mohou být povzbuzováni rodiči (ukaž, zazpívej)
- prognóza relativně dobrá, v erotických vztazích vábí, hraje divadlo

- potíže: chtějí být vidět, chtějí úspěch a potlesk, i když nemají schopnosti, konflikt mezi potřebou uplatnění a limitacemi (přijdou, když narazí na svůj limit – na něco nemá, upadne do deprese, to je ale špatné, protože potřebují akci a chaos, na to ale nemají energii)
 - fungují tak, aby věci kolem byly instabilní, chtějí strhávat, kontrolovat (někdy mají hysteráky kvůli získání kontroly)
- 6. Anankastická p.o.**
- dg. korelát v OCD (biologické a neléčené) – je to jako betonová zeď, člověk na ni hází kameny, ale skrze zeď se dostane jen mikro množství skrz póry
 - jakmile se objeví první rituály, ihned do terapie – je možné už např. v 5 letech bojovat s OCD
 - přechod do životního stylu anankasmu: charakter neuróza
 - rigidita, lpění na stejném, snáživost, ceremonie, ritualizované chování
 - OCD a interference s rolí dítěte
- 7. Anxiózní p.o.**
- dg. korelát na sociální úzkostnou p. a GAD
 - pokud přijde včas prognóza dobrá
 - zvláště práce s rodiči – jakmile ztratíme rodiče, ztrácíme dítě v terapii, rodiče mají stejné pocity jako dítě – rodiče to krmí, velké problémy dětí kryjí problémy rodičů
 - ochrannost, hyperprotektivita, varovná prorocství
 - infatilisismus: dítě nezvládne odpojení (připomíná separační úzkost), protože nemá internalizovanou představu matky
 - zhoršení v dospívání dle nároků na pružnost – nejdou ven a nervou se, nerandí, jsou ve stínu v pokoji
- 8. Závislá p.o.**
- dg. korelát v petrifikaci GAD
 - moc se neobjevují
 - problémy od 15-16 let, nárok na vznik erotického vztahu
 - závislost na rodičích obvykle vítána, pocit dobré výchovy, možnost monitoringu – kluk je hodný, nikde nezlobí (rodiče zase chtějí s dítětem splynout), ale pak zjistí, že žádnou školu nedodělal, neuvaří si, neuklidí si, je v mama hotelu – rodiče ho pošlou do terapie, aby už vypadl, ale dítě má pocit nekompetence, neví, co sám se sebou
 - terapeuticky dobré přechodové rituály – poslat ho vylézt si skálu, uvařit si polívku nad ohněm, zjistit, že zvládne rozdělat oheň
 - nesamostatnost, nekompetence, ztracenost, nedostatek iniciativy pro nízkou sebedůvěru
- 9. Narcistická p.o.**
- nedělají v dětství potíže – v dětství o nich moc nevíme, ale můžou mít rané narcistické zranění (Adlerův komplex méněcennosti je utvrzen) – brzká zkušenost s neúspěchem, ale v dětství jsou všechny děti narcistické
 - v dospívání jsou v rozporu – nechtějí být ve světle, chtějí být světlem, neumí zrcadlit, potřebují mít převahu, zvalcovat terapeuta, řeší podstatu brouka, jen aby se vyhnul svému tématu, když se snažíme zrcadlit, vrací nám to zpátky (vy tomu vůbec nemůžete rozumět)
 - jsou dobří narcisové (to jsou ti světlo) a zlí narcisové (ani si nás nevšimnout, neshlédnou z té výšky, vyžadují privilegia, když to nejde, jdou přes styky a mocné přátele)
 - pokud jsou cinklí hraniční PO – neudrží strukturu, má tendenci k suicidii, ale neudělá to, protože to přece umí ještě lépe, více grandiózně, hodně tím vyhrožuje, nechává otevřený konec, drží tím druhé v šachu
 - 2 typy:
 - 1. cesta poruch chování
 - 2. stavy po suicidálních pokusech založených na sebehodnocení, a hlavně znehodnocení grandiozity, možno čekání na grandiózní finále
- 10. Pasivně agresivní p.o.**
- dg. korelát p. opozičního vzoru
 - dítě pozdně zvládá opozice pomocí agrese
 - horká agrese má lepší prognózu, je impulzivní
 - chladná agrese je promyšlená, nebezpečná
 - dobře se to ukáže v ROR a Hand testu

- pokud agrese přímá -> p. chování nesocializovaná
- nepřímá agrese -> pasivní agrese, pasivní rezistence (časté u mentálních anorexií)
- pokud chceme odstranit agresi, musíme nabídnout jinou alternativu, jiný nástroj

OBECNĚ K DIAGNOSTICE

A) KLINICKÉ METODY

- pozorování
- rozhovor
- anamnéza
- analýza spontánních produktů

B) TESTOVÉ METODY

1. Výkonové testy

- **testy inteligence**
 - jednodimenzionální
 - komplexní
- **testy jednotlivých psychických funkcí**
 - testy percepce (vizuální, auditivní)
 - paměti
 - pozornosti
 - exekutivních schopností
 - řečových funkcí

2. Testy osobnosti

- **Dotazníkové metody**
 - jednofaktoriální
 - multifaktoriální
- **Projektivní metody**
 - verbální
 - grafické
 - volby
- **Objektivní testy osobnosti**
- **Posuzovací stupnice**

PSYCHOMETRICKÉ POJMY

- **Validita** = udává, zdali test měří to co deklaruje, že měří, jedná se o korelaci mezi testem a vnějším kritériem
 - Paralelní – nakolik přesně zjišťuje aktuální stav
 - Predikční – pravděpodobnost shody v budoucnu
 - Konstrukční (teoretická) – korelace mezi implikacemi z teorie a měřeným znakem (např. analýza hlavních faktorů testu)
 - Inkrementální – nakolik dokáže test přinášet nové informace, zpřesňovat dg.
- **Reliabilita** = spolehlivost testu, přesnost měření
 - Test-retest – ukazuje na časovou stabilitu testu
 - Paralelních forem – ukazuje na ekvivalenci dvou forem jednoho testu
 - Split-half – ukazuje na vnitřní konzistenci testu, obvykle korelace sudých a lichých položek
- **Objektivita**
 - Nezávislost výsledku testu na osobě, která test zadávala (vysoká u dotazníkových metod, nízká u projektivních)
 - Nemožnost záměrného zkreslení vyšetřovanou osobou (nízká u dotazníkových metod, vysoká u projektivních metod)
- **Standardizace** = souhrnné označení pro zjištění základních koeficientů, tvorby norem, standardní instrukce a způsobů administrace

KLINICKÉ METODY

- nestandardní postupy, které nejsou psychometricky podloženy

- získané údaje mají kvalitativní charakter (kazuistické zpracování výsledků), jsou orientovány na poznání konkrétního individua v jeho celistvosti a jedinečnosti, zachycují jedince v dynamice vývoje a vytváří o něm celkový obraz
- existují 4 skupiny metod: diagnostický rozhovor, pozorování, získávání anamnestických údajů, hodnocení výtvorů
- klinické metody jsou spíše spojeny s použitím ve zdravotnické oblasti.

ANAMNÉZA

U DOSPĚLÉHO:

- autoanamnéza x heteroanamnéza
- přímá (od vyšetřovaného)/nepřímá (rodič, doprovod,...)
- součásti:
 - o informace o vyšetření (datum, místo, ...)
 - o klinický dojem (z pozorování) – úprava, styl projevu, kvalita kontaktu a spolupráce, pozornost, emoční ladění, ...
 - o NO (nynější onemocnění) – příčiny hospitalizace, s čím pacient přichází
 - o RA (rodinná anamnéza) – rodiče, sourozenci, zdravotní a psychický stav členů (předků), onemocnění, vztahy
 - o OA (osobní anamnéza): průběh těhotenství, porodu, zdravotní historie, školní historie, koníčky, vývoj problému
 - FA (farmakologická anamnéza): informace o užívaných lécích
 - SA (sociální anamnéza): kamarádské, partnerské vztahy, úroveň socializace
 - sexuální anamnéza: možné potíže, odchylky, první sexuální zkušenost
 - toxikologická anamnéza: zkušenost s drogami
 - ... (pracovní anamnéza, alergologická anamnéza, ...)

U DÍTĚTE:

- rodinně anamnestické údaje: rodiče, prarodiče, choroby, pobyt na psychiatrii, kriminalita
- nukleární rodina: úplnost, vztah rodiny k dítěti, klima v rodině, výchova, odměny a tresty, způsob výchovy, ekonomické poměry, bydlení, trávení času, volný čas
- **sourozenci**: počet, pořadí, vztahy, rozdíly mezi nimi
- prenatální období a porod: chtěné dítě, somatický a psychický stav matky, včasný porod, komplikace
- **ranný vývoj**: kojení, psychomotorika (sed, stoj, chůze, řeč), počátky vývoje hygienických a stravovacích návyků
- **další vývoj**: jesle, MŠ, adaptace, období vzdoru, vztah k okolí, reakce na příkazy, poslušnost
- scholarita: těšení na školu, adaptace, začlenění do kolektivu. Vztah ke školní práci a domácí přípravě, úspěšnost, výukové problémy, kázeňské problémy
- somatické zdraví . běžná onemocnění, úrazy, hospitalizace, operace, jídlo, spánek
- emocionální vývoj: míra citových podnětů v dětství, projev emocí, vzrušivost, reakce na stres, ústnost, citové odpoutání od rodiny
- vývoj postojů k hodnotám: hierarchie, formování, vztah k povinnostem, koníčky, lhavost, tresty
- vývoj sociálních vztahů: vztahy ke spolužákům, k autoritám, k vlastní rodině
- návyky: žádoucí i nežádoucí, jídlo, spánek, práce, hra, zlozvyky (tiky, masturbace)
- zájmy, aktivity.: šíře a stabilita
- výchovné potíže: záškoláctví, krádeže, kriminalita, abúzus
- vývoj abnormálních, hraničních a patologických jevů
- klinická stopa = červená linie ve vývoji, které sledujeme (někdy už v prenatálním období), vždy rozhovory i s dalšími – rodina, škola, školka – nutnost potvrdit, že všude funguje stejně nedobře, pokud se jedná o dysharmonický vývoj (DV)
- nechat dítě popsat svoje rodiče, jací jsou, zeptat se rodiče i na jeho mechanismy chování
- testově – menší část vyšetření, projektivní a dotazníkové (osobnost, rodina), introspekce dítěte s DV ale nebývá přílišná, pak se dozvíme z testů nerealistické sebevnímání
- ROR – obtíže v processing, svérázné nakládání s realitou – vidí stejné věci, ale má jiné klíče a vyloží je jinak, výskyt hraničních obran (štěpení, popření, projektivní idealizace...)



Diagnóza DV

- určujeme, jakým směrem se DV ubírá (aspoň rank)
- určíme míru DV (málo harmonický vývoj, suspektně DV...) – dg DV jen při jistotě dg!!!
- popsat zvláštěné rysy -> užití popisné dg.
- vždy zvažovat, k čemu dg slouží a kdo ji bude číst
- vždy popsat, co funguje, v čem je dítě dobré, jaké má potřeby

Pozorování

- metoda pozorování spočívá v záměrném a plánovitém vnímání, které je cílevědomě zaměřeno k dosažení určitého cíle
 - **volné (orientační)**-pozorovatelova pozornost je upoutána nějakým jevem, rysem, nápadností jednání apod., pozorování je bezděčné, náhodné, nepodléhá žádným pravidlům, není vymezen předmět pozorování.
 - **zaměřené (systematické, kontrolované)**- je omezeno a řízeno přesně daným schématem, plánem, programem. Pozornost je soustředěna na výskyt jednotlivých hledisek a neregistrujeme údaje, které nejsou podstatné pro náš pozorovací účel.
 - **nezúčastněné** – pozorovatel je oddělen od situace
 - **zúčastněné** – pozorovatel součástí sociálního prostředí, je začleněn do situace
- v psychodiagnostice užíváme pozorování dvojím způsobem:
 - pozorování chování během psychologického vyšetření – každý psychologický nálezný by ho měl obsahovat
 - pozorování jako samostatná dg. metoda – tzv. metoda nepozorovaného pozorování – etický aspekt! (po sdělení, že budou pozorováni, se po chvíli stává chování většinou spontánním)
- registrujeme:
 - vzhled – stavba těla, fyziognomie, výraz tváře, účes, oblečení, držení těla...
 - jednání:
 - mimika – charakter emocí
 - pantomimika – intenzita emocí (rychlost, koordinace pohybů, držení těla...)
 - gestikulace
 - řeč – množství, rychlost, forma, bohatost, zvuková stránka ...
 - projevy emocí – dominující nálada, intenzita emocí, ovládnutí, fyziologický projev emocí
 - sociální chování – prosociální chování, podceňování, pocity vlastní insuficience
 - vztah k objektům – zacházení s pomůckami, pečivost, opatrnost, nedbalost...
 - vztah k sobě - sebevědomí, aspirační úroveň, sebehodnocení
 - děti: chování dětí k rodině, fixace na rodinu, jak reaguje při jejich odchodu, vztah dítěte k nám může nabývat od familiárnosti přes nedůvěru, staženost až negativismus, řečový projev naznačí hodně o IQ i výchově, pozorujeme chování dítěte při testech, vztah k hračkám.
- důležitý je záznam: během sledovaného chování, nebo bezprostředně po něm, lze užít i schémata pro pozorování:
- záznam incidence (přítomnost/nepřítomnost) určitého znaku, chování (Vernonův záznamový arch)
- kromě výskytu se zaznamenává i intenzita jevu na hodnotící stupnici

ROZHOVOR

- **diagnostický rozhovor**: nástroj k získávání informací
- **terapeutický rozhovor**: nástroj k ovlivňování
- **volný rozhovor** – směřuje ke konkrétnímu cíli, cesty a prostředky k jeho dosažení nejsou předem stanoveny
- **částečně standardizovaný rozhovor** – záměr a cíl rozhovoru je pevně stanoven, avšak uvolňuje se poněkud taktika jeho vedení
- **standardizovaný rozhovor** – podle předem připraveného schématu, určitý počet otázek v určitém pořadí i formě (blíží se dotazníku)

FÁZE ROZHOVORU:

- úvod-navázání kontaktu-vytvoření podmínek
- jádro-od obecnějších ke konkrétním, od jednotlivostí k obecným, od běžných k intimním, prokládat více položkami, které nemají emocionální náboj
- závěr-uvolnění tenze, rekapitulace, souhrn

TYPY OTÁZEK:

- přímé, nepřímé, projektivní (identifikace klienta s jinými lidmi, do nichž si projikuje své postoje, názory apod.)
- otevřené, uzavřené
- primární, sekundární (vznikají v průběhu rozhovoru)
- trychtýřovité (od obecných ke specifickým), hřebenové (přebíhání z 1 tématu na druhé)
- **Techniky používané při rozhovoru**
 - technika jednoduché akceptace – tzv. hmm
 - technika zachycení a objasnění (podtext)
 - technika parafrázování (zopakování řečeného svými slovy)
 - technika interpretace
 - technika ujištění (není to tvoje chyba, máte pravdu, pokračujte)
 - technika pomlky – u dítěte prý spíše mlčet sporadicky

+ vyhnout se spěchu, zjevné moci, složitých otázek, max. 45 min

U DĚTÍ:

- lze hovořit v přítomnosti rodiny nebo o samotě, dítěti má být vysvětlen účel vyšetření, přijímat dítě takové jaké je, starším dětem začínáme vykat (zeptat se jak si to přeje), ruku podáváme až starším dětem, mladší pohladíme a dovedeme je za ruku
- při komunikaci s předškolákem užíváme magické techniky (začarovaná rodina, změna dítěte ve zvíře, koho by si vzal na prázdniny), školák má už lepší vyjadřovací schopnosti a rozumí jazyku, puberté jsou méně ochotny sdělovat informace o sobě, pohlaví examinátora může hrát svou roli
- postupujeme od snazších oblastí k obtížnějším, uvádíme, že se běžně něco děje (mnohé děti se perou se sourozenci a co ty?), otázky může klást maňásek u mladších

ANALÝZA VÝKONŮ A VÝTVORŮ

- spontánní kresba, básně, literární činnost, výrobky z různých materiálů
- dopisy, deníky, osobní dokumenty, i písmo
- kresba, výsledky hry (z hlíny, moduritu... vzniklé v rámci zájmové činnosti) – u dětí
- problém s analýzou a interpretací – zkušenosti psychologa

PSYCHOMETRICKÉ METODY

- standardizovaný způsob měření vzorců chování, statistické srovnání s chováním jiných jedinců a zařazení ZO vzhledem k celé skupině osob

TESTY OSOBNOSTI

viz přehled výše

(Specifika uvedena u jednotlivých období viz otázka č. 25)

PŘEHLED NĚKTERÝCH DIAGNOSTICKÝCH NÁSTROJŮ K MĚŘENÍ OSOBNOSTI A JEJICH RYSŮ U DĚTÍ:

- **B-JEPI** – Eysenckův osobnostní dotazník pro děti
- **CMAS** – škála manifestní úzkosti pro děti
- **KSAT** – škála klasické sociálně situační anxiety a trémy
- **CDI** – Dotazník dětské depresivity
- **ROR** – Rorschachova metoda
- **CATO** – Dětský apercepční test Opařany
- **Scénotest**
- **Kresba stromu**
- **Kresba postavy**
- **Kresba začarované rodiny**

PŘEHLED NĚKTERÝCH DIAGNOSTICKÝCH NÁSTROJŮ K MĚŘENÍ OSOBNOSTI A JEJICH RYSŮ U DOSPĚLÝCH:

- **I-E LOC** – Locus of Control
- **MMQ** – Maudsley Medical Questionnaire
- **N5** – Neurotický dotazník
- **STAI** – State Trait Anxiety Inventory
- **MAS** – Škála manifestní úzkosti
- **Caparovi testy agresivity**
- **PSSI** – Inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti
- **MMPI** – Minesotský multifázový osobnostní inventář
- **ROR** – Rorschachova metoda
- **TAT** – Tématický apercepční test
- **Hand test** – Test ruky

PSYCHOMETRICKÝ PŘÍSTUP	KLINICKÝ PŘÍSTUP
Intenzivní zkoumání několika rysů	Extenzivní informace o jediné osobě
Informace v podobě členství ve skupinách	Lze použít libovolná data
Predikce založená na počtu pravděpodobnosti	Predikce založená na znalostech teorie chování
Predikce jako formální důsledek pozorování, může provést i úředník	Predikce jako kreativní akt, musí provést vysoce zkušená osoba
Nelze upotřebit nahodilé jevy	Nahodilé jevy lze upotřebit

27. PROJEKTIVNÍ TECHNIKY V KLINICKÉ PRAXI

přehled nejvýznamnějších metod, objasnění základních principů, zásady administrace, vyhodnocení

- Poprvé pojem použil Freud 1894: v jiném významu (obraný mechanismus proti úzkosti)
- H. Murray – použil termín „*projektivní test*“
- L. K. Frank (NE Frankl) zavedl název projekční technika (1939)

2 dělení projekce, která se promítá do toho, co v **podnětu** vidíme:

- o **Projekce Jako obraný mechanismus**: připisování vlastních potřeb, snah, přání atd. jiným osobám a podnětům
- o **Projekce Jako proces**: promítání vlastních psychických procesů
- **Podněťová situace (podněť)** je neurčitá a nespecifická, takže umožňuje klientovi vidět mnoho odpovědí.
- Odpověď je pak **Individualizovaná**: Liší se podle odpovídajícího člověka; odráží vnímání a základní aspekty osobnosti klienta

TYPICKÉ VLASTNOSTI PROJEKTIVNÍCH METOD:

- o Malá organizovanost materiálu,
- o Maskovaná testovací procedura,
- o Globální přístup k hodnocení osobnosti,
- o Účinné při odhalování skrytých, nevědomých aspektů osobnosti
- o Zkoumá dynamiku osobnosti
- projektivní techniky zařadit až ke konci testové baterie
- **Výhody**: menší zkreslení, dávají komplexnější obraz osobnosti, menší ovlivnění intelektem testovaného, diagnostická situace se nezdá jako zkušební
- **Nevýhody**: náročné na administraci a nároky psychologa; možné narušení objektivit subjektivním vnímáním psychologa (nutné zkušenosti a vědomosti); nutné sledování chování při testu (latence odpovědi, never. a paraverbální chování, verbalizace); nemožnost skupinové administrace;

Obecně tyto metody dělíme na: **verbální; manipulační; grafické**

Pozn.: Prochy na jedné hodině říkal, že si máme vybrat jednu (doporučuji dvě) metodu a o té mluvit víc; zbytek znát, netřeba však velkých detailů.

VERBÁLNÍ METODY

SLOVNÍ ASOCIAČNÍ EXPERIMENT

- Nejstarší psdg metoda vůbec.
- První, kdo s metodou pracoval, byl Jung – používal původních 100 slov (střídala se neutrální slova a slova podněťová)
- Rappaport používal 60 slov s psychoanalytickým významem slov s projektivním potenciálem
- **Administrace**: individuální; nutnost navození uvolněné atmosféry; klientovi je pak podána instrukce, aby odpovídal prvním slovem, které ho napadne; po skončení standartní části administrace následuje reprodukční pokus – zaznamenáváme, jestli je nebo není opakováno stejné slovo
- Sledujeme: latenci (nad 30 s. hodnotíme jako selhání); kvalitu asociací; poruchy v reprodukci při 2. pokusu
- Metoda je dobrá v rozlišování neurotických klientů; nebo psychóz schizofrenního nebo cykloidního okruhu
- Existují různé varianty obsahující od 25 do 100 slov
- Uplatnění: diagnostika psychopatologie; forenzní psychologie; dále také možné v poradenské psychologii

TESTY NEDOKONČENÝCH VĚT

- Původně používal Ebbinghaus při zkoumání inteligence (r. 1897)
- Úkolem je doplnit nedokončenou větu první myšlenkou, která klienta napadne

- Existují modifikace testu

TEMATICKÝ APERCEPČNÍ TEST – TAT

- Autoři: Morganová, Murray, 1935;
 - česká verze nemá standardizaci
 - od 7 let – rozlišujeme obrázky pro chlapce a děvčata; od 14/15 let obrázky pro dospělé
 - Principem podobný ROR – oba popisují osobnost v celé její šíři; TAT je více spojen se sociálním přizpůsobením, kdežto ROR spíše zkoumá poruchy procesů myšlení
 - TAT je tak vhodný pro interpretaci poruch chování, neuróz a psychóz
 - Test podle Murrayho pracuje na základě 2 tendencí lidské psychiky:
 - o Všechny mnohovýznamové situace interpretuje ve shodě s vlastními potřebami a zkušenostmi
 - o Literární autor vykresluje vlastní city a potřeby v postavách svých hrdinů
 - Murrayho personologie: potřeby (vnitřní síly organismu) odpovídají na vnější tlaky
 - Testový materiál a Administrace:
 - o 31 tabulí s obrázky (1 je prázdná), na kterých jsou neurčité situace
 - o Konkrétní pořadí administrace (karty jsou označeny číslem a písmenem v závislosti na tom, komu mají být administrovány; M-muž, F-žena, G-dívka-B-chlapec)
 - o 16. tabule prázdná – zde si má klient promítnout vlastní příběh
 - o Standardní vyšetření předpokládá 2 administrace vždy po 10 kartách ve dvou sezeních
 - o Sezení jsou s rozstupem 2 a více dní
 - o 2. sada je „temnější“, více provokuje k psychopatologickým fenoménům
 - Ptáme se na:
 - o Situaci
 - o Jak k ní došlo
 - o Jaké bude rozuzlení
 - o Na co osoby myslí a co cítí
 - o (na prázdné tabuli vykládá klient vlastní příběh)
 - Při hodnocení se soustředíme na:
 - o Hrdinu, se kterým se klient identifikuje
 - o Motivy, tendence a city hrdiny (28 potřeb)
 - o Vnější síly v jeho okolí – osoby, které na kartě nejsou, rysy lidí, se kterými hrdina jedná
 - o Rozuzlení – kdo koho ovládá, poměr sil, selhání,
 - o Témata – interakce hrdinových tlaků a potřeb
 - *Steinova technika klinické analýzy:*
 - o Hrdina, chování hrdiny, podněty prostředí, citový přízvuk podnětů, vnitřní stavy, projevy chování, závěry (problém zařazen do skupiny problémů: rodina, práce, sociální vztahy, vlastnosti „já“, hodnoty)
 - *Novější systémy:*
 - o Manuál obranných mechanismů – jaké obranné mechanismy se vyskytují při zpracování (psychotické, neurotické, zralé...)
 - o Sociální poznávání a objektivní vztahy (SCOR) – posuzuje se komplexnost reprezentace lidí, afektivní zabarvení vztahových vzorců, kapacita emočního vkladu do vztahů, porozumění sociální kauzalitě
 - *Tomkinsova analýza:* Vektory (směry), roviny (kde se příběh odehrává, podmínky a okolnosti, kvalifikátory (čas, stupeň jistoty, intenzita, atd)
-

HAND TEST

- Wagner, 1961
- 6 a více let
- Diagnostika a **predikce** (příliš projektivních testů prediktivních není) agresivního chování, odhad bazální osobnostní struktury
- 10 podnětových karet; ptáme se „Co asi může dělat tahle ruka?“, klient pak může držet kartičku v libovolné pozici jako u ROR
- Poslední karta je prázdná (obdobně jako 16. karta TAT)
- Okruhy skórování:
 - o interpersonální (náklonnost, závislost, komunikace, exhibice, direktivita, agresivita)
 - o enviromentální (získávání, aktivita, pasivita)

- maladjustace (napětí, zmrzačení, strach)
- stažení se (popis, bizarnost, selhání)
- Hodnocení odpovědí:
 - vyšší pravděpodobnost zjevné manifestní agrese: AGG (agrese), DIR (řízení)
 - nižší pravděpodobnost zjevné agrese: F strach, AFF (náklonnost), COM (komunikace), DEP (závislost)
 - další: exhibicionismus, zmrzačení, neosobní aktivita, deskripce, získání, tenze, bizarní, neosobní pasivní tendence, selhání
 - citlivý na aktuální stav, do 18 let jen opatrná interpretace

ROSENZWEIGŮV OBRÁZKOVĚ FRUSTRAČNÍ TEST (PFT, PFT-CW)

- verbálně tematická projektivní metoda k odhalování vzorců chování na běžnou zátěž
- evokuje latentní agresivní tendence, projekce do verbalizace
- dgn. sociálního kontaktu, odhalování neurotických tendencí, psychopatických reakcí
- 24 obrázků, osoba vlevo něco říká, osoba vpravo má prázdnou bublinu, obličej je prázdný, schematické
- 4+ let, neomezený čas
- druhy frustrace:
 - primární – nepřítomnost uklidňující situace
 - sekundární – prožívání překážek na cestě k uspokojení potřeby
- situace obsažené v testu:
 - ego brzdící situace – překážka ruší nebo frustruje objekt
 - superego brzdící situace – subjekt je napaden někým jiným
- hodnocení směru a typu agrese
 - směr agrese:
 - E – extrapunitivita (k okolí)
 - I – intropunitivita (vůči sobě)
 - M – impunitivita (snaha přenést se přes frustraci)
 - typ reakce:
 - překonávání překážky – zdůraznění frustrace
 - obrana Já – sebeobrané tendence a mechanismy
 - trvání potřeby – zdůrazněna potřeba řešení problému
- vyhodnocení: srovnání se skupinou, M/Ž, analýza tendencí změn v řešení během testu

EXPERIMENTÁLNÍ DIAGNOSTIKA PUDŮ (SZONDIHO TEST)

- 6 sérií po 8 fotografiích – vyobrazení psychiatrických pacientů, označit 2 sympatické a 2 nesympatické tváře
- náročná interpretace, u nás nepoužívány

ZULLIGERŮV TABULOVÝ TEST

- „zkrácený ROR“, pouze 3 předlohy
- možno i promítat na plátno

PROJEKTIVNÍ TEST VYPRÁVĚNÍ PŘÍBĚHŮ (MAPS)

- 6+ let
- 67 figurek z kartonu
- 22 druhů pozadí, examinátor volí kulisy, proband postavy a vypráví příběh

RORSCHACHŮV TEST (ROR)

- H. Rorschach, 1921, 4. nejpoužívanější v USA
- 3+ let
- percepčně – kognitivní test, používán na diagnostiku poruch myšlení
- projektivní – zachycuje strukturální i funkční změny osobnosti – předpokládá vztah mezi osobností a vizuální percepcí, vyvolává pareidolie, které osoba verbalizuje

10 tabulí

- achromatické – I, IV, V, VI
- červená + achromatické – II, III

- více chromatických barev – VIII, IX, X

Administrace:

- Klientovi podáváme kartu v pozici „A“ a pokládáme otázku „**Co to může být?**“
- neomezovat čas na odpověď ani počet odpovědí, doslovný záznam odpovědi a reakcí (Při způsobu administrace R-PAS nezaznamenáváme více než 4 odpovědi na kartu: další odpovědi nám už nepřinesou nové informace)
- měříme čas od začátku, čas latencí odpovědi
- do protokolu zaznamenáme: poloha tabule, lokalizace odpovědi, doslovné znění odpovědi, nonverbální projevy, doba latence a celková doba testu

Fáze:

- asociační fáze – expozice tabulí
- inquiry – zpětné dotazování – sledujeme, jak odpověď vznikla, kognitivní zpracování, kde to viděl, jak to myslel, ptáme se na přídatná jména, co na něco upozorňují
 - o (dle Morgenthalera: vybrat nejsympatičtější a nejméně sympatickou tabuli; není při administraci nutné)
- **zvláštní fenomény:** selhání, vědomí výkladu, šokové fenomény, subjektivní a objektivní kritika, dojmy
- standardní protokol: 18-20 odpovědí, méně než 15 a více než 50 – omezená validita
- signovací systémy: Böhm, Exner, R – PAS

Exnerův systém

Signování (co skórujeme):

- | | |
|---|-------------------------|
| - lokalizace a vývojová kvalita (typ apercpece) | - obsahy |
| - determinanty | - popularita |
| - symetrie | - organizační struktura |
| | - speciální skóry |
-
- Základní pravidlo signování: signum má reprezentovat kogn. operaci, která se objevila v okamžiku, kdy jedinec dával odpověď; skórujeme jen to, co klient viděl na kartě

Typ apercpece

- interpretace skvrny jako **celku/detailu/meziprostoru**;

Lokalizace (kde na skvrně to viděl)

- W celek
- D velký obvyklý samostatný detail
- Dd neobvyklý detail
- S bílé meziplochy

Vývojová kvalita

- + syntetická (2 nebo více objektů ve vzájemném vztahu, alespoň jeden má specifický tvar)
- o obvyklá (jeden objekt se specifickým tvarem)
- v vágní (objekt nemá určitý tvar)

Symetrie

Determinanty

čím je určena interpretace skvrny

- F – tvar
- M – lidská pohybová odpověď (FM, m)
- C – čistá barvová odpověď (CF, FC, Cn)
- C' – čistá achromatická odpověď (C'F, FC')
- T – textura (TF, FT)
- V – vista – interpretace odstínů jako hloubky, 3D (VF, FV)
- Y – čistá difúzní odpověď, šerosvitové vlastnosti (YF, FY)

Obsahy

- | | |
|---------------------------------|-----------------|
| - H – lidé | - Bl – krev |
| - (H) – fantazijní (superman) | - Cg – oblečení |
| - A – zvířata | - Cl – mraky |
| - (A) – fantazijní (jednorozec) | - Fd – jídlo |
| - An – anatomická interpretace | - Ls – krajina |
| - Hx – lidská zkušenost | - Sc – věda |
| - Art – umění | - Sx – sex |
| - Ay – antropologie | - Xy – rentgen |

Popularita (obvyklost a originalita); P = popular (obvyklá odpověď pro danou kartu)

- | | |
|----------------------------------|----------------------------|
| I. netopýr, motýl | VI. zvířecí kůže, kožešina |
| II. zvíře (slon, medvěd) | VII. lidská hlava, tvář |
| III. lidská postava | VIII. celá zvířecí figura |
| IV. lidská postava (obluda, obr) | IX. člověku podobná figura |
| V. netopýr, motýl | X. pavouk, krab |

Organizační aktivita

- Zf – intenzita člověka uspořádat nové podnětové pole + účinnost toho úsilí
- Speciální skóry
- na 2 úrovních (lepší – horší)
- DV – deviantní verbalizace (neologismy, redundance)
- DR – nepatřičné fráze, odbíhavost, podružnost
- INCOM – inkongruentní kombinace (netopýr s rukama)
- FABCOM – fabulační kombinace (nemožný vztah – psi hrají basketbal)
- CONTAM – kontaminace (motýl květ)
- ALOG, MOR, CP, PSV, AG, COP, ...

Vyhodnocení

- Affect – sekce emocí
- Information processing – zpracování informací
- Cognitive mediation – kognitivní zprostředkování
- Ideation – představivost
- Self perception – vnímání sebe
- Interpersonal perception – int. percepce a chování
- **Proměnné centrální sekce**
 - o Jsou obsaženy ve všech interpret. trsech
 - o Lambda – „ohnisko pozornosti“ – předpoklad pro úspěšné přizpůsobení, poměr všech F odpovědí vůči všem odpovědím
- **Afektivní sekce** – emoce prostupují veškerou psych. aktivitou, jakou roli mají při rozhodování, jak jsou kontrolovány, jsou neobvyklé?
- **Zpracování, mediace, ideace** – „kognitivní triáda“, zpracování – mentál. postupy při vstupu informací (processing), mediace – mentál. operace tlumočení a identifikace informace, ideace – proces myšlení, konceptualizace informace
- **Sebepercepce** – schopnost náhledu na vlastní kvalitu, udržení sebehodnocení, obsahuje sebeobraz a zaujetí sebou

MANIPULAČNÍ METODY

Testy: Barevný pyramidový test, Lüscherův test, Chromatický asociační experiment, Test světa, Scénotest

SCÉNOTEST

- Von Staabsová, 1941, kufr (postavičky, kostky, zvířata, předměty)
- Terapeutická a diagnostická metoda (neurózy u dětí)
- Vývojová diagnostika, terapie hrou, diagnostika rodinných a sociálních vztahů, pozorování při činnosti, navázání kontaktu s dítětem, při zaseknutí v terapii pro posun společné práce
- Metoda vytvářející hypotézy, figurky – znázornění rysy osob z okolí a ve vztazích mezi sebou
- Je třeba zaznamenávat proces stavby, manipulace, výběr figurek, emoční projevy
- Hodnocení: vždy posuzovat v kontextu daného dítěte! Důležité je inquiry tvůrce!

Obsahová analýza – zobrazená situace může/nemusí odpovídat realitě, shoduje se s afektivním, vnitřním životem člověka

- Výklad scény – z hlediska konkrétního nebo symbolického
- Vyjadřuje realitu? Přání? Obavy?

Formální analýza – pozorováno, jak je scéna postavena, 3 dimenze – přizpůsobení se prostoru, stavba v rozích, zaplnění herní plochy

GRAFICKÉ METODY

KRESBA POSTAVY (FIGURE DRAWING TEST)

- Vymyslel Baltrusch, jako PM poprvé Machoverovská (1949), dle Goodenoughové se dá použít jako ukazatel úrovně inteligence dítěte (percepce a kresba lidské postavy se vyvíjí v závislosti na tělesném a duševním vývoji dítěte)
- Vyhodnocení podle různých interpretačních systémů. pojmenoval svoji metodu
- Z kresby se dají vyčíst informace o obrazu osobnosti, tělesném schématu, neurotických konfliktech, schopnosti adaptace a dynamické interakce.
- Papír A4, přeloží se na polovinu, tužkou nakreslit na levou část úplnou lidskou postavu, po dokončení na druhou polovinu nakreslit osobu opačného pohlaví -> rozhovor ohledně věku, vlastností osob a jejich vzájemném vztahu
- Interpretace předpokládá identifikaci s první nakreslenou postavou; důraz se klade na formální stránku (stínování, tlak tužky, čárkování, gumování,...) - vypovídá o integraci osobnosti, přizpůsobivosti, vztahu ke světu, sexuálních postojích, konfliktových momentech, úrovni energie a pudové struktuře
- Obsahové stránka - jednotlivé části těla, při popisu se nejčastěji uvádí: velikost postav (vypovídá o sebeúctě, vitalitě, prostoru, který chce proband zaujmout), pořadí postav (identifikační bývá první postava, sleduje se i pořadí kresby – hlava, trup,...), jednotlivé části (propracovanost, čas, reálnost prvků nebo deformace, chybění detailů), projevy konfliktů (o úzkosti svědčí gumování, stínování, zesílené znaky, transparence).
- K rychlé orientaci o osobě, časově nenáročný, lepší pouze na dokreslení + jako pomocná metoda k diagnostice transsexuality.

TEST KRESBY STROMU (BAUM TEST, 1952 KOCH)

- Emocionální zralost dětí i dospělých, poruchy v emocionální a soc. oblasti
- Po skončení má proband vyprávět ke stromu příběh, pozornost je věnována celku (umístění, velikost), ale i detailům (otevřenost koruny, srdce stromu, stabilita kmene, kořeny,...). Výhodou kresby je její nenáročnost, jednoduchost, menší průhlednost. Sleduje se formální i obsahová stránka.

TEST TŘÍ STROMŮ (CORBOZ)

- Projekce vztahu mezi dítětem a jeho rodiči –
- na A4 má nakreslit 3 listnaté stromy a pod ně napsat, který by mohl být otec, matka a dítě
- hodnotí se podobně jako Test kresby stromu.

KRESBA RODINY

- Pro děti 6-12 let, vhodné je kreslit tužkou
- Instrukce: „Nakresli obrázek, který by vyjadřoval život celé vaší rodiny.“
- Na závěr rozhovor, kdo je na kresbě a co kdo dělá. Hodnotí se, kdo je a příp. kdo chybí na obrázku. Jaké je postavení, natočení, velikost, stínování. Třeba porovnat s informacemi z jiných zdrojů, na kresbě může být idealizovaná podoba rodiny

KRESBA ZAČAROVANÉ RODINY

- Vhodné kombinovat s předchozí metodou, vhodná pro děti. Jádrem instrukce je „... jako kdyby přišel kouzelník a každého z vás začaroval do nějakého zvířete, které mu tak nejlíp odpovídá, které nejlépe ukazuje jeho povahu.“ Po provedení kresby se zjišťuje zdůvodnění jednotlivých rysů kresby.

28. DOTAZNÍKOVÉ METODY V KLINICKÉ PRAXI

- přehled nejvýznamnějších metod, klinické škály, posuzovací stupnice, strategie výběru dotazníkových metod dle psychopatologického okruhu

- **Dotazník** = metoda založená na subjektivní výpovědi osoby o jejích vlastnostech, citech, postojích, názorech, zájmech, způsobu reagování v nejrůznějších situacích; založena na introspekci.
- Jedná se o metodu nepřímého posouzení, neboť osoba není tázána přímo na osobnostní rys. Osoba obvykle popisuje své chování v určitých situacích, kde se může sledovaný rys objevit. Dělíme je na:
 1. **Dotazníky** – formulovány jako otázky (odpovědi ano/ne/nevím, popř. více alternativ)
 2. **Inventáře** – forma oznamovací věty (odpověď souhlasím/nesouhlasím)
- **Výhoda** – snadná, rychlá administrace a vyhodnocení. V krátké době mnoho údajů od mnoha osob. Dostaneme se k informacím, na které by lidé neodpovídali. Výsledky nezkreslené vlivem testujícího.
- **Nevýhoda** – úroveň schopnosti introspekce ohodnotit sebe sama. (Anosognosie – nedovoluje klientům o sobě dát adekvátní výpověď). Je třeba dostatečný IQ. Možnost záměrného zkreslení. Nepružnost a nepřesnost otázek. Dotazníky nehodnotí, jaká osoba je, ale jakou se vidí.
- Používání dotazníků je sporné u osob, které nechťejí spolupracovat, nebo mají důvod k jejich ovlivnění (forenzní psychologie, konkurzy). **Je třeba použít:**
 - o Maskované otázky – ptají se na problém oklikou
 - o Metoda nucené volby – ptám se na dva sociálně nežádoucí znaky a je třeba vybrat
 - o Verifikační škály – málokdo odpoví pozitivně, pozitivní odpověď svědčí o záměrném zkreslení, nepochopení otázky nebo o náhodné odpovědi
 - o Opakování otázek, pouze přeformulování
- **Lži skór** – otázka týkající se některých situací denního života, ve kterých je pravděpodobné, že vyšetřovaný se v nich chová určitým společensky méně vhodným způsobem. Každý průměrný člověk musí např. odpovědět kladně na otázku: "Zalhal jste již někdy v životě?" Podle odpovědi na tyto "lži otázky" lze usuzovat na spolehlivost či nespolehlivost vyplňování celého dotazníku.
- Dotazníky jsou nejčastějším psychodiagnostickým nástrojem, používají se ke screeningu (hrubé odlišení výskytu určité poruchy od normy) a při výzkumech.

A. JEDNOROZMĚRNÉ DOTAZNÍKY

= zaměřují se na měření jednoho rysu / složky osobnosti

ŠKÁLA I-E – ROTTER (1966)

- Měří locus of control (místo kontroly) a dělí na internalisty a externalisty
- internalisté (vnitřní LOC): předpokládají, že sami řídí, co se kolem nich děje, vše zvládnou svým úsilím, jejich vlastní chování určuje, zda budou mít úspěch
- externalisté (vnější): připisují to, co se děje osudu, štěstí, náhodě, jejich chování úspěch neovlivňuje, svět podle nich není moc předvídatelný
- LOC souvisí s věkem, zkušenostmi a životní spokojeností (s vyšší mírou zmiňovaných se lidé stávají internalisty). Externalisté bývají úzkostní.
- Obsahuje 13 dvojic tvrzení (jedno interní, druhé externí, např. neštěstí je výsledkem chyb / většina neštěstí vzniká, když má člověk smůlu nebo člověk dostane od života tolik, kolik si zaslouží x úspěch v životě je náhodný, nezáleží na tom, jak moc se člověk snaží)
- Podle celkového výsledku se člověk umístí na bipolárním kontinuu (externalita x internalita)

MAUDSLEY MEDICAL QUESTIONNAIRE (MMQ) – EYSENCK (1953)

- Zjišťuje neurotické tendence v osobnosti
- Obsahuje položky orientované na somatickou symptomatologii neuróz, protože neurotici raději vypovídají o tělesných obtížích než o psychických – př. „Trpím bolestmi hlavy“ nebo „Mám málo sebedůvěry“
- Administrace 10 – 15 minut

- Slouží hlavně pro screening (Cílem screeningu je brzké rozeznání nemoci v naději, že se včasným zásahem podaří snížit strádání.)
- Velký podíl mají otázky Iži-skóre– př. „Tu a tam si rád zalžu“ „Někdy přijdu pozdě.“ (18 položek z 38), pokud časté „ne“, může poukazovat na tendenci jevit se v lepším světle.
- Zatrhuje se ano / ne, součet kladných odpovědí = hrubý skór

NEUROTICKÝ DOTAZNÍK N-5 - KNOBLOCH A HAUSNER

- Užívá se při rozpoznání neurotických rysů
- Zjišťuje neurastenické, vegetativní, depresivní a úzkostné potíže
- 33 položek, tj. příznaků (např. poruchy spánku, závratě, potivost, bušení srdce, vnitřní chvění, podrážděnost, mdloby, pesimismus, roztěkanost, únava, špatná paměť, průjem nebo zácpa apod.)
- Proband ztrhuje příznaky, které se u něj objevily v posledních dnech a označuje jejich intenzitu na 3stupňové škále (1 – mírně, 2 – silně, 3 – velmi silně).

DOTAZNÍK ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST (ŽIS) - FAHRENBERG A KOL. (1986)

- V anglosaských zemích se podle autorů konceptu ŽS připodobňuje k subjektivnímu pocitu zdraví, který je dán 4 dimenzemi: životní spokojenost (dosahování cílů), štěstí (přítomnost dlouhodobých pozitivních afektů), pozitivní afekty a negativní afekty
- 70 položek složených z následujících škál (10 významných životních oblastí):
- Zdraví, Práce a zaměstnání, Finanční situace, Volný čas, Manželství a partnerství, Vztah k vlastním dětem, Vlastní osoba, Sexualita, Přátelé, známí, příbuzní a Bydlení (1 škála = 7 položek)
- Skór celkové životní spokojenosti (součtem skóre v 7 oblastech, tj. vše kromě práce, vztahu k dětem a manželství)

DOTAZNÍK ŽIVOTNÍ NESPOKOJENOSTI A SPOKOJENOSTI ŽIN-ŽIS - KNOBLOCH

- 20 okolností, které mohou přispívat ke spokojenosti či nespokojenosti jedince.
- Osoba označuje ty nepříznivé okolnosti, které se v jejím životě vyskytují, jejich intenzitu a jak moc na něj působí.
- Dále dotazník obsahuje samostatnou 6 bodovou stupnici, na níž osoba vyznačí odhad své celkové životní spokojenosti.
- Dotazník rozlišuje mírné, silné a velmi silné neurotické tendence.

ŠKÁLA MANIFESTNÍ ÚZKOSTI (MAS) - TAYLOROVÁ

- Vychází z položek obsažených v MMPI
- 50 položek (věty např. "neunavím se rychle"), které se dají klientovi jako inventář na listě papíru nebo mohou být na lístkách, které třídí.
- MAS citlivě reaguje i na změny v míře úzkosti a lze ji používat i pro sledování účinků léčby. MAS spolehlivě rozlišuje neurotiky a zdravou populaci. Vysoké skóre v testu svědčí o depresi.

STATE TRAIT ANXIETY INVENTORY (STAI)

- Diagnostika úzkosti; 177 položek. Rozlišuje mezi aktuálním psychickým stavem úzkosti a trvalým osobnostním rysem "úzkostlivost". Často se užívá, administrace je krátká a hodnocení jednoduché.

INVENTÁŘ AGRESE BUSSE A DURKEEOVÉ (BDI)

- Rozděluje agresivní chování do 8 kategorií
- 1. fyzická agrese – vůči osobám, ne předmětům
- 2. nepřímá agrese – výbuch afektu, není namířen proti konkrétní osobě
- 3. popudlivost
- 4. negativismus
- 5. pocit zlosti na svět
- 6. podezřavost
- 7. verbální agrese
- 8. pocity viny

- 75 položek tvořeno větami na různé druhy výše uvedené agrese. Verze dotazníková nebo na kartičkách (jako MMPI)
- Zaměřuje se na agresi (fyzickou, nepřímou, verbální, popudlivost) i na hostilitu (podezřivost atd.)

TEST HODNOT – ALLPORT, VERNON A LINDSEY

- Hodnotová orientace, min. pro SŠ vzdělané
 - Vychází ze Sprangerovy typologie a seřazuje probandy do 6 kategorií:
- 1) Typ teoretický – orientován na poznání pravdy
 - 2) Ekonomický – co je užitečné souvisí s tělesnými potřebami
 - 3) Estetický – preferuje formu a harmonii
 - 4) Sociální – láska k lidem
 - 5) Politický – soutěžení a zápas, zájem o moc
 - 6) Náboženský – nejvyšší hodnotou je jednota, vesmír jako celek
- 30 otázek, volí se jedna ze dvou alternativ
 - 15 otázek se 4 možnostmi na seřazení dle osobní preference

ROKEACHŮV TEST HIERARCHIE HODNOT

- 36 hodnot rozdělených na dvě části po 18
- Hodnoty se dělí na cílové (k čemu se v životě směřuje) a instrumentální (jak se k tomu směřuje)
- Hodnotám se podle důležitosti připisují čísla

B. VÍCEROZMĚRNÉ DOTAZNÍKY

=měří více oblastí, nebo se snaží zmapovat celou osobnost

DOTAZNÍK INTERPERSONÁLNÍ DIAGNÓZY – INTERPERSONAL CHECK LIST (ICL) – LEARY (1956)

- Podle autora je osobnost vzorec vědomých nebo nevědomých interpersonálních projevů jedince (toto chování je vedeno k redukci úzkosti)
- 16 kategorií interpersonálního chování: 1. dominantní, 2. autokratický, 3. kompetitivní, 4. egocentrický, 5. *rázný, 6. *agresivní, 7. kritický, 8. podezřivý, 9. skromný, 10. ponížený, 11. komformní, 12. závislý, 13. kooperativní, 14. hyperafiliativní, 15. odpovědný, 16. hyperprotektivní
- Dohromady tvoří 8 kategorií, přičemž každá obsahuje dva typy interp. chování podle míry adaptivnosti (např. *agrese: agresivní = neadaptivní forma x rázný = adaptivní forma):
- dominance (AP, získat respekt, vést), egocentrismus (BC, zaměř. na sebe), agrese (DE, neoblomnost, chlad), rezervovanost (FG, distanc od druhých, kritičnost), submise (HI, slabost, plachost, podřiz.), závislost – docilita (JK, závislost, hyperkonformita), afiliance (LM, přátelskost, spolupráce, konvence), responsibilita (NO, rozumný, úspěšný, zralý, neform. vůdce)
- Skládá se z popisů různých typů chování, zaškrťávají se ty, které platí
- 8 typů znázorněno kruhovým grafem
- Seznam 128 (16 otázek x 8 kategorií) charakteristik interp. chování vyjádřených pomocí adjektiv
- Lze administrovat za sebe, za partnera a pro ideální já
- Součet odpovědí se zanes do kruhu (vyšrafuje) - lze stanovit diagnostický kód O (užívá se hl. při výzkumu, při diagnostice v praxi moc ne)
- Výzkum, kl. praxe, práce, porad., forenzní praxe, speciálně v matrimoniologii a sexuologii; např. partneři se opakovaně testují a sleduje se pokrok

DOTAZNÍK INTERPERSONÁLNÍ ORIENTACE FIRO-B

- Fundamental Interpersonal Relations Orientation – Behaviour, Schutz
 - Měří chování klienta a očekávání, jak se mají chovat druzí
 - Vysvětluje interpersonální chování na základě existence 3 interpersonálních potřeb (potřeby vytvořit a udržet si uspokojivé vztahy):
- 1) Potřeba inkluze – navazování interakce s druhými x jak druzí navazují interakci s jedincem
 - 2) Potřeba kontroly – kontrola chování druhých lidí x jak druzí kontrolují chování jedince
 - 3) Potřeba afekce – navazování kontaktu s druhými x jak navazují druzí kontakt s jedincem
- Vždy dva póly, např. u afekce: jedinec k ostatním – od „navazuje blízké osobní vztahy s každým“ po „nenavazuje blízké osobní vztahy s nikým“ x ostatní k jedinci – „vždy navazují blízké osobní vztahy s jedincem“ až po „nikdy nenavazují osobní blízké vztahy s jedincem“

- V každé oblasti interpersonálních potřeb se mohou vyskytnout tyto druhy chování:
 - 1) deficientní – osoba se přímo nesnaží uspokojit svoji potřebu
 - 2) excesivní – jedinec se neustále snaží uspokojit potřebu
 - 3) ideální – potřeby jsou průběžně uspokojovány
 - 4) patologické
- 54 položek popisů chování, k nimž volí osoba jednu ze odpovědí na 6 bodové stupnici.
- hodnocení – 6 jednodimenzionálních škál - 3 potřeby, každá ve směru vyjadřovaného chování (e) a vyžadovaného chování (w). Osoba posoudí intenzitu svého chování k ostatním a ostatních k sobě
- „e“ = chování vyjadřované x „w“ = chování vyžadované
- Lze objevit rozpory v rámci jednotlivých oblastí = větší pravděpodobnost konfliktu a frustrace
- Výjimečný mezi testy osobnosti – umožňuje také odhad vztahů mezi dvěma i více jedinci.
- Využití – manželská, rodinná terapie, poradenství, výzkum

EYSENCKŮV OSOBNOSTNÍ DOTAZNÍK (EPI)

- Eysenck Personal Inventory (1964)
- Od 14 let, administrace 5 až 15 min, v současnosti nejrozšířenější osobnostní dotazník na světě
- Měří 2 základní osobnostní faktory: neurotické tendence a extraverzi; odpovědi ano/ne.
- 57 otázek: 24 neurotické tendence (N škála) + 24 extraverze (E škála) + 9 lži škála L
- Výsledek 4 typy osobnosti: flegmatik, sangvinik, cholerik, melancholik.
- Využití – základní i aplikovaný výzkum, klinické a poradenské účely, psychologie práce.

EYSENCK PERSONALITY QUESTIONNAIRE (EPQ) (1975)

- Dotazník rozšířen o dimenzi psychoticismu (nejen ve smyslu psychopatologie) - tyto rysy chování lze zjistit u řady psychopatických osobností a recidivujících delikventů.
- 4 dimenze osobnosti: extraverze-introverze, neuroticismus, psychoticismus, inteligence.
- V české a slovenské verzi má 106 položek
- Později přidal škály kriminality, návykovou škálu a dotazník impulzivitu.

DOPEN – RUISSEL, MÜLLNER

- K vybraným Eysenckovým položkám přidali některé vlastní
- 86 položek do 4 škál: Psychoticismus, Extraverze, Neuroticismus, lži skór.
- Otázky týkající se lidského chování -> ano/ne, př. Máte často střídavě dobrou a špatnou náladu?
- Hodnocení – dle šablon na výsledky a srovnání s normalizační tabulkou
- Dle naměřených hodnot lze odhadnout neurotické či psychotické rysy
- Škála psychoticismu spojena s poruchami chování a schizoidními psychopatickými poruchami a blízkostí ke kriminalitě. Škála dobře diferencuje osoby netrestané a delikventní.

MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY (MMPI-2) – HATHAWAY, MC KINLEY (1940)

- Měří normální nebo patologickou orientaci složek osobnosti
- Empirická metoda zkonstruovaná na základě vyšetření 800 pacientů a 700 zdravých osob
- Skládá se z 550 (v sešitu 567 - verze MMPI-2) položek týkajících se 26 oblastí – zdravotního stavu, vzdělání, sexuálních vztahů, sociálních vztahů, maskulinity/feminity, depresí, fobií, halucinací...
- Test má několik forem: na kartičkách (indiv), v testovacím sešitě (skup), speciální arch, který se vyplní a vloží do PC na vyhodnocení, PC forma celá na PC
- Administrace 60-90 minut, počítačová verze – plně automatické skórování.
- Proband třídí lísky: je to pravda, není to pravda, nevím (i nevím zde má diagnostickou hodnotu). Každý lístek má pomocné označení A-J a 1-55 a ustržiený pravý nebo levý dolní roh. Hodnocení: třídí se dle kombinací pomocných označení a rohů.
- T skóry: 50-70 normální rozptyl, nad 70 může být patologie, nad 90 silné patologické rysy.
- Nelze stanovit diagnózu na základě zvýšené hodnoty škály – tvar celkového profilu má větší význam.
- **Validizační škály:**
 - ? Otazníková škála "nevím" – subjekt o situaci nic neví, nemá na ní vyhraněný názor, nebo názor má, ale není jej ochoten sdělit. Vysoký skór snižuje validitu a vyskytuje se u psychasteniků a depresantů. Nízký skór taky patologický.

- L škála – snaha působit společensky příznivějším dojmem. Vysoký skóre = tendence k nadhodnocování výpovědí.
 - F škála – skóre validity – položky, které jsou zřídka kdy zodpovídaný pozitivně. Z 64 vět průměrná osoba odpoví kladně na 7 a méně. Vysoký skóre může narůstat s agravací, simulací nebo u individualistů a nezávislých. Také když otázkám dobře nerozumí, je nedbalý, vědomě se prezentuje ve špatném světle, schizofrenici, depresivní pacienti. Skóre nad 80 - test je nevalidní.
 - K škála – míra postoje k pokusu – částečně je analogická k L škále, značí snahu udělat lepší dojem. Vysoký skóre mají pacienti, kteří nejsou příliš přístupní terapii, demonstrují zdánlivé zlepšení. Nízký skóre – snaží se udělat horší dojem, jsou více připraveni přijmout pomoc a terapii.
 - **Klinické (diagnostické) škály:**
 - Hs – hypochondrie – obtíže hypochondrické, psychoneurotické, neurastenické. 58-64 osoba skutečně somaticky nemocná, nad 65 hypochondrické rysy
 - D – deprese – depresivní syndromy. D může být centrální poruchou nebo doprovodem nebo výsledkem jiných osobnostních problémů, citlivější k exogenní depresi
 - Hy – histerie – konverzní hysterická symptomatologie, terapeuticky rezistentní jedinci
 - První tři škály tvoří neurotickou triádu, která ukazuje na neurotické tendence osobnosti a charakterizuje i typ neurózy – je-li histerie a hypochondrie vyšší než deprese, symptomy jsou silnější než subjektivní potíže. Když je to naopak, převažují subjektivní obtíže.
 - Pd – psychopatie – chybí citové reagování, sociální, nedbá na sociální vztahy, neschopnost učit se ze zkušenosti, odráží sociální přizpůsobení
 - Mf – maskulinita/feminita – vysoké Mf hodnoty ukazují na odchylku rozložení zájmů směrem k zájmům druhého pohlaví. U mužů VŠ vyšší skóre.
 - Pa – paranoidita – nedůvěra, přecitlivělost, ideje pronásledování.
 - Pt – psychastenie – odhalování psychastenických rysů, fobií, nutkavého jednání, obsese.
 - Sc – schizofrenie – schizofrenici a schizoidi, vyznačující se bizarním neobvyklým myšlením a chováním. Rozpor mezi myšlením a realitou vede k tomu, že pozorovatel nemůže racionálně sledovat změny nálady a chování schizofrenika. 80-100, F škála 75-95, Sc > Pt
 - Ma – hypomanie – hypomanické osobnosti, nadprodukce v myšlení a jednání, mnoho věcí začnou, nedokážou je dokončit. Zvýšení při postižení mozku (RS).
- Pa, Pt, Sc a Ma tvoří psychotickou tetradu, která usuzuje na charakter psychotického onemocnění.
- Si – sociální introverze-extraverze – přidaná Drakem 1946 – tendence osoby vyhýbat se soc. kontaktu. Má význam při posuzování normálních osob a může přinést užitečné info při volbě povolání
 - 28 hl. kódů – kódy se sestaví tak, že se škálám přiřadí hodnoty a poté se seřadí -> poté diagnóza.
 - Možnost kvalitativní analýzy – některé položky přispívají ke zvýšení skóre patognomiky (nauka o rozpoznávání chorob).
 - Přídavné škály vytvořené na základě exist. položek – školní úspěch, alkoholismus, sebekontrola.

PERSONLICHKEITS-INTERESSEN-TEST (PI TEST) - MITTENECKER, TOMAN

- Individuální /skupinový, od 16 let
 - Cíl být kratší než MMPI a zaměřit se spíše na zdravou populaci a zjišťovat zájmy probandů (možnost zjistit vhodnou budoucí profesi).
 - 120 položek na diagnostiku osobnosti v 9 bipolárních kategoriích
 - Administrace – osoba třídí lístky – souhlasí, nesouhlasí, ani jedno.
 - Hodnocení – hodnoty se zakreslí do grafu testového profilu. Důležitý je celkový profil. Přepočten na standardní skóre se nedělá. Pracuje se se šablonou jako u MMPI.
 - Interpretace jednotlivých osobnostních kategorií
1. Sebekritika-nedostatek sebekritiky – pohotovost k čestným odpovědím. Příliš mnoho negativních odpovědí = osoba se dělá jinou, než je nebo není dostatečně sebekritická.
 2. Sociální postoj-nesociální p. – zjišťuje vědomé stanovisko ke společnosti a lidem
 3. Extraverze-introverze – zkoumání temperamentu
 4. Neneurotický-neurotický – zkoumá přítomnost neurotických způsobů chování obecně
 5. Manický –nemanický
 6. Nedepresivní – depresivní
 7. Neschizoidní – schizoidní
 8. Neparoidní – paroidní

- loajální (ZS-závislost)
- impulzivní (BL-borderline)
- příjemný (HI-histriónství)
- 4bodová škála, proband uvádí, jak moc s položkou souhlasí (určitě ne-spíše ne-spíše ano-určitě ano)
- klidný (DP-depresivita)
- ochotný (OB-obětavost)

FREIBURSKÝ OSOBNOSTNÍ DOTAZNÍK (FPI) (1970)

- Diagnostikuje 12 dimenzí osobnosti - 9 škál: nervozita, spontánní agresivita, depresivita, vzrušivost, společenskost, mírnost, reaktivní agresivita a snaha o dominanci, zdrženlivost, otevřenost, chování
- Obsahuje výroky, týkající se způsobu chování, stavů, zaměření, návyků a tělesných těžkostí, s kterými osoba souhlasí nebo nesouhlasí.
- Formy: C – celková 212 položek, A, B – paralelní 114 položek, K – zkrácená 76 položek.
- Využití – poradenství, výběr, práce, sportu, výzkum, individuální diagnostika i při psychoterapii.

C. POSUZOVACÍ STUPNICE

- Vymezené kontinuum, na němž nebo kolem něj se umísťují úsudky. Je to metoda sloužící k záznamu jednotlivých vlastností posuzované osoby nebo předmětu posuzovatele způsobem, který zajišťuje určitou objektivnost a dovoluje kvantitativní zachycení jevu. Název "rating scale" se používá:
 - postup, metoda, technika, nástroj pro posuzování nějaké veličiny
 - výsledek posouzení, měření nějaké veličiny
- Dovoluje kvantitativní zachycení jevu.
- Rating – odhad charakteristických vlastností osoby, postupu, věci. Odhad má být přesný, úplný, prostý předsudků a očekávání ze strany posuzovatele.
- 5 skupin škál dle Guilforda:
- Numerické posuzovací škály – Posoudí daný prvek a označí jej nejvýhodnějším číslem. Pro spolehlivost je třeba škála alespoň 5 stupňová. Verbální zakotvení – slovní upřesnění numerických škál má často kvantitativní charakter (vždy, často....). (bipolární škály mohou mít uprostřed nulu a užívat kladná a záporná znaménka +3 +2 +1 0 -1 -2 -3
- Grafické posuzovací škály – posuzovaný podnět se umísťuje na úsečku 12-15 cm. Buď zakotvena jen na krajích nebo rovnoměrně rozdělena. Na bodech jsou čísla nebo verbální charakteristiky. Milimetrový rating – měří se vzdálenost od koncového bodu.
- Standardní posuzovací škály – obsahují standardní podněty, které mají stanovené škálové hodnoty (ve sportu na základě dosažených výsledků zařazení sportovce do výkonnostní třídy) Při hodnocení osobnostních vlastností se jako standardy používají jména konkrétních osob nebo imaginárních portrétů.
- Kumulativní posuzovací škály – posuzovatel přiřazuje posuzovanému jevu řadu adjektiv, kt. může vyhledávat ve větším seznamu
- Posuzovací škály s nucenou volbu – posuzovatel označuje z několika variant tu, která nejlépe vystihuje nebo nejméně vystihuje skutečnost. 2-5 variant.

Další škály:

TECHNIKA Q TŘÍDĚNÍ

- používá se v případě, kdy je třeba uspořádat větší množství položek (60-100) v širokém rozpětí. V podstatě jde o nucenou distribuci s charakterem normálního rozložení.

SÉMANTICKÝ DIFERENCIÁL – OSGOOD

- Množství 7 bodových stupnic, jejichž koncová zakotvení tvoří bipolární adjektiva (krásný - ošklivý). Proband každý podnět označí na všech škálách. Volbou párů adjektiv lze vytvořit sémantický diferenciál pro různé účely – spolehlivé, ale pracné.
- 6 možných chyb při posuzování – Guilford
- 1) Haló efekt – tendence hodnotit vlastnosti na základě prvního dojmu, nebo na základě jedné dominující vlastnosti se přisuzují osobě další vlastnosti
- 2) Logická chyba – tendence hodnotit povahové vlastnosti tak, jak se nám to jeví logické
- 3) Chyba centrální tendence – tendence vyhýbat se extrémním hodnocením
- 4) Chyba kontrastu – tendence posuzovatelů přisuzovat posuzovaným jedincům opačné vlastnosti, než mají sami

- 5) Chyba blízkosti – škály posuzující podobné charakteristiky by neměly následovat za sebou
- 6) Chyba shovívavosti – sklon posuzovat příznivě, efekt dobroty – nadhodnocovat známé

RATER METODA

- Spolehlivost odhadů se měří pomocí korelace mezi posouzeními jednoho či více posuzovatelů.
- U posuzovacích stupnic se spokojujeme s empirickou validitou – hledáme korelaci s vnějším kritériem (srovnání depresantů a zdravých, srovnání s výsledky podobného testu) Dále dělíme posuzovací stupnice na:
 - 1) sebeposuzovací stupnice (nelze třeba u zjišťování psychotických symptomů)
 - 2) objektivní posuzovací stupnice

OBJEKTIVNÍ POSUZOVACÍ STUPNICE

- K nejpropracovanějším metodám patří diagnostické posuzovací stupnice používané v psychopatologii. Většina je orientována na posouzení nejrůznějších aspektů psychotických onemocnění, neboť tam nelze žádnou jinou metodu použít.

SEBEPOSUZOVACÍ STUPNICE

HAMILTON ANXIETY SCALE (HAMA)

- Sleduje změny úzkosti pacientů během terapie, u dospělých.
- Čas: 20 minut
- 15 položek, 5 bodová škála, sloučeno do dvou faktorů:
 - o Faktor I – somatická úzkost (stupnice: svalové potíže, senzorické potíže, kardiovaskulární potíže, respirační potíže, gastrointestinální potíže, urogenitální a vegetativní potíže)
 - o Faktor II – psychotická úzkost (ze stupnic: fobie, úzkostná nálada, tenze, insomnie, intelekt, depresivní nálada, chování při vyšetření a cílový příznak=ten, který při prvním kontaktu označí za nejzávažnější)

STRUKTUROVANÝ ROZHOVOR PRO PORUCHY OSOBNOSTI (IPDE)

- Poruchy osobnosti – prevalence 6-9% (záleží na metodice, dotazníkové metody ukazují vyšší čísla než je realita)
- Vzácně jsme měli zkušenost (Preiss, et.al., 2003) pozitivně falešné diagnostiky IPDE. Pacientka, která byla na základě IPDE diagnostikována jako schizoidní porucha osobnosti a přitom měla řadu sociálních vztahů včetně partnerských, přesto uváděla přesvědčivé příklady své uzavřenosti, emočního chladu, který neodpovídal pozorování na oddělení.
- Další zkušenost byla, že některé osoby – především ženy – díky zvýšené snaze odpovídat sociálně žádoucím způsobem – nebylo možné klasifikovat v řadě kritérií jinak než jako „0“. Je jistě obecnou nevýhodou vyhodnocování strukturovaného rozhovoru, že východiskem k signování většiny odpovědí jsou především verbální odpovědi, ne již pozorování nebo klinický dojem. Sociální žádoucnost je ale možno kontrolovat jinými metodami – např. validizačními škálami osobnostních dotazníků MCMI-III či 16PF nebo L skórem v EPQ/R.
- Oproti dotazníkovým metodám má IPDE obrovskou výhodu v tom, že proband musí uvádět příklady k jednotlivým položkám a že je na examinátorovi, nakolik zváží jejich psychopatologickou závažnost. Řada prožitků nebo událostí, kterým proband přisuzuje význam v dotazníkových metodách tak ztrácí psychopatologický náboj při střídavém posouzení examinátorem v IPDE.
- Oproti dotazníkovým metodám jsme pozorovali relativní nezávislost IPDE na aktuálním stavu, který výrazně ovlivňuje výsledky dotazníků (Preiss et al., 2003). Toto pozorování je v souladu s Lorangerovou (Loranger et al., 1991) metodologicky propracovanou studií, užívající dvojice nezávislých posuzovatelů a zjišťující poruchy osobnosti pomocí PDE na počátku a konci hospitalizace na psychiatrickém oddělení, která nezjistila vliv aktuálního stavu na diagnózu poruch osobnosti podle PDE. Přesto bylo v této studii zjištěno snížení psychopatologie osobnosti při druhém měření osobnosti v průběhu času. Autoři zvažují problematiku druhého měření pomocí stejné, dlouhé metody (PDE) a vliv nudy, nedostatku přínosnosti nebo nevědomého využití zapamatování si odpovědí z prvního vyšetření pacienta jako možného vysvětlení poklesu psychopatologie osobnosti (Preiss et al., 2003).
- Přes uvedené zápory je IPDE metodou schopnou zachytit poruchy osobnosti podle diagnostických kritérií a rigorózně se k poruše osobnosti v klinické praxi vyjádřit. Formát rozhovoru vyhovuje potřebám klinické praxe, nejenom výzkumu. Otázky jsou seřazeny tak, že má rozhovor přirozený spád.

- IPDE určeno pro zkušené examinátory, od toho se odvíjí validita a reliabilita, je doporučený výcvik (v zahraničí), bazální zkušenost vzniká po cca 10 rozhovorech
- skórování 0-2 (normální – rys je akcentovaný – rys je zřetelný = patologie)
- délka projevů – chování musí být přítomno posledních 5 let!!! (jinak skóruje 0) a objevuje se aktuálně
- buď je PO jistá (naplníme daný počet kritérií), pravděpodobná, nebo negativní (jde o počet naplněných kritérií)
- věk – minimálně jedno z kritérií by mělo být naplněno před 25. rokem života
- dimenzionální skór – 0-10 – pro každou psychopatologii mám dimenzionální skór, z toho pak vzniká celk. skór
- na začátku úvodní rozhovor, často dotazy na délku trvání a věk výskytu, otázky na frekvenci, zkracování IPDE:
 - o vynechání irelevantních položek
 - o použití screeningového dotazníku – ale Preiss – často patologizuje více, než se pak objevuje v rozhovoru
- IPDE dává kategoriální i dimenzionální výsledek, minimum falešně pozitivní dg, vysoká shoda s MKN-10 i DSM-V, ale je dlouhý, vyžaduje příklady od pacienta (závisí na vztahu s pacientem), introspekci pacienta

BECKOVA SUBJEKTIVNÍ STUPNICE DEPRESE (BDI-BECKŮV DEPRESIVNÍ INVENTÁŘ)

- Beckova sebesposuzovací škála deprese (Beck Depression Inventory-II) byla vytvořena Aaronem T. Beckem. Jedná se o světově uznávanou screeningovou metodu pro měření hloubky deprese u pacientů, kterým byla deprese diagnostikována a také jako možný ukazatel deprese u běžné populace. Sebesposuzovací škála obsahuje 21 položek zaměřujících se na základní symptomy deprese: motivační, kognitivní, afektivní a fyziologické. Dotazník je jednoduchý k administraci s možností rychlého vyplnění a následně snadného vyhodnocení. Celková administrace zabere přibližně 5-10 minut. Škála se využívá u dospělých osob a adolescentů od 13 let (Preiss, & Vacíř, 1999).
- Respondent pečlivě označuje jednotlivá tvrzení na čtyřbodové škále 0-3, které nejlépe vystihují, jak se cítil v průběhu posledních 14 dnů včetně současného dne. Tvrzení se týkají například smutku, pesimismu, minulých selhání, ztráty radosti, sebekritiky nebo sebevražedných myšlenek. Položky 16 (Změna spánku) a 18 (Změna chuti k jídlu) mají možných 7 odpovědí. Důraz je kladen na vysoké bodování u položek 2 (Pesimismus) a 9 (Sebevražedné myšlenky). Bodové rozpětí se pohybuje od 0 bodů do maxima 63 bodů. Výsledky lze následně rozdělit do čtyř kategorií dle hrubého skóru – minimální deprese, mírná deprese, střední deprese a těžká deprese (Preiss, & Vacíř, 1999).
- Ocisková s kolegy (2017) ověřili psychometrické vlastnosti BDI-II v české verzi. Největší senzitivitu a specifitu vykazovalo skóre 17 (senzitivita = 96,0 %; specifita = 91,0 %). Pro zajištění nejvhodnějšího přiřazení správné diagnózy se jeví využití skóru 17 jako cut-off skóru. Získáváme tak největší pravděpodobnost správného odhalení deprese. Pro upozornění na nutné psychologické vyšetření slouží jako mezník skór 13. Jelikož se jedná o screeningovou metodu, nelze na jejím podkladu stanovit diagnózu. Pro stanovení diagnózy je potřebné další vyšetření pacienta.

BECKŮV INVENTÁŘ ÚZKOSTI BAI

- Beckův inventář úzkosti (Beck Anxiety Inventory) byl vytvořen Aaronem T. Beckem. Jedná se o sebesposuzovací dotazník skládající se z 21 položek měřících závažnost úzkosti u dospělých a adolescentů. Dotazník se zaměřuje na emoční, kognitivní a fyziologické aspekty úzkosti, ale ne deprese, proto se dá dobře využít při odlišení úzkosti od deprese. Těmito příznaky jsou například mravenčení, pocit horka, neklid, zděšení, nervozita nebo pocit na omdlení. Celková doba administrace se pohybuje mezi 5-10 minutami. Věkové rozpětí je udáváno od 17 let do 80 let, ale byly provedeny i studie na dětech od 12 let (Grant, nedat.).
- Respondent odpovídá na škále 0-3, přičemž se nad konkrétním příznakem zamýšlí v rozmezí posledního týdne včetně dne, kdy je dotazník vyplňován. Nula značí, že respondent příznak neobtěžoval vůbec. Nejnižší možné získané skóre je 0 bodů a nejvyšší maximální skóre je 63 bodů (Kamarádová et al., 2016). Grant (nedat.) uvádí dělení skóre na minimální úzkost, mírnou úzkost, střední úzkost a závažnou úzkost.
- Validizaci české verze Beckova inventáře úzkosti provedla Kamarádová s kolegy (2016). Při testování české verze dosáhli obdobně jako při zahraničních výzkumech významné vnitřní reliability a vnitřní stability ve skupině běžné populace i různých diagnostických skupinách. Dále stejně jako tomu bylo

v zahraničních studiích, prokázali, že dotazník BAI nekoreluje s dotazníkem BDI-II, a lze je tedy použít k odlišení úzkosti od deprese. V závěru výzkumu se zaměřili i na stanovení hraniční hodnoty, umožňující rozlišení zdravých a nemocných osob. Hraniční hodnotu v tomto výzkumu pro celý vzorek představovala hodnota 17 a odpovídala zahraničním výzkumům. Dotazník nelze použít k diagnostice úzkosti, lze jej využít pouze jako screening aktuálního stavu pacienta, po němž je nutné následné další vyšetření.

STRESS PROFILE

- Autorem dotazníku Stress Profile je psycholog Kenneth M. Nowack (2006) a v české verzi byl přeložen psychology Jiřím Klosem a Pavlem Králem. Stress Profile se zaměřuje na zjištění vztahu mezi stresem a nemocí a zakládá se na kognitivně-transakčním přístupu ke stresu podle Lazaruse. Sebeuposuzovací dotazník je složen ze 123 položek, 15 škál, L-skóru a indexu inkonzistentní odpovědi. Dle přiložené příručky většina respondentů zvládne dotazník vyplnit za 20-25 minut. Dotazník je konstruován tak, aby bylo možné jeho široké využití.
- Primárně není Stress Profile určen k stanovování diagnóz, ale slouží jako podpora pro klinické psychology, lékaře, psychiatry a zdravotnické pracovníky při behaviorálním hodnocení pacienta a rozhodování o léčbě. Celkově vypovídá o následujících oblastech: Stresu; Zdravotních návycích – Cvičení, odpočinku/Spánku, Jídla/Výživě, Prevenci, ARC; Sociální podpoře okolí; Chování typu A; Kognitivní nezdolnosti, Strategiích zvládání zátěže – Pozitivním pohledu, Negativním pohledu, Minimalizaci hrozeb, Zaměřenosti na problém a Psychické pohodě. Pro náš výzkum jsme zvolili jen některé oblasti: Stres, Zdravotní návyky, Kognitivní nezdolnost a Strategie zvládání zátěže. Příručka uvádí možné zkrácení testu a vyhodnocení pouze jeho jednotlivých oblastí (Nowack, 2006).
- Nowack (2006, str. 20) definuje stres jako „každodenní prožívání větších či menších podráždění, mrzutosti a frustrací.“ Respondenti uvádí, jak často zakoušeli pracovní a životní stres v období 3 měsíců. Vysoké výsledky značí vysokou úroveň prožívaného stresu. Pokud je percipovaný stres nízký, neznamena to, že se probandovi stresující události nedějí. Předpokládá se, že zdravotní stav je ovlivňován spíše vnímaným stresem než samotnými životními událostmi.

CHOVÁNÍ TYPU A A B

- -popsal Rosenman

Jenkins Aktivita survey do 65let; 52 otázek s odpověďmi nucené volby (Jak rychle obvykle jíte a,b,c,d,)

- 3 skupiny otázek:
- Faktor H (Hard) – soupeřivost, angažovanost
- Faktor J (job) – pohlčení pracovními povinnostmi
- Faktor S (speed) – dynamika chování, netrpělivost, živost, iritabilita

Bortnerův dotazník – 14 položek protikladných tvrzení – diferenciací chování A a B

Framingham type A scale – výzkum infarktu myokardu (dotazník pacientů), 2,5× vyšší výskyt u chování typu A.

STANFORDSKÁ ŠKÁLA HYPNABILITY

- Nejvýznamnější a nejpoužívanější postupy k měření hypnability; pro individuální testování; škála s 12 testovými položkami obsahujícími hypnotizační proceduru
- Autoři: Weitzenhoffer a Hilgard
- Forma A, která má paralelní formu B pro retestování
- Později úprava Shor a Ornová pro skupinové použití s názvem: Harvardská škála hypnability (převažují motorické položky)
- Je i Stanfordská škála hypnability forma C – je náročnější, větší počet kognitivních položek

29. VÝKONOVÉ METODY V KLINICKÉ PRAXI

- diagnostika intelektu, kognitivních schopností, testování paměti, pozornosti, exekutivních funkcí. Přehled užívaných metod, objasnění jejich principů

- Výkonové metody nejstarší a nejpropracovanější psychodiagnostické metody v psychologii
- Odpovědi hodnotíme v dimenzích „dobře/špatně“, „ano/ne“, „lepší/horší“
- Vyšetřovaná osoba nemůže simulovat „lepší“ výkon.

DĚLENÍ VÝKONOVÝCH TESTŮ

- **testy inteligence**
 - jednodimenzionální (pouze jedna složka intelektu)
 - komplexní
- **testy speciálních schopností a jednotlivých psychických funkcí**
 - testy paměti
 - zkoušky kreativity
 - zkoušky parciálních a kombinovaných schopností
 - testy technických schopností
 - zkoušky verbálních a matematických schopností
 - testy uměleckých schopností
 - testy organicity
- **testy vědomostí**

JEDNODIMENZIONÁLNÍ TESTY INTELIGENCE

Charakteristické jednotnou stavbou. Měří pouze jednu složku inteligence

KOHSOVY KOSTKY

- 5 + let
- 16 kostek (a=2,5 cm, 4 barvy)
- staví podle barevné předlohy – 17 + 1 (závěčná úloha) ks
 - na zadní straně napsáno číslo úkolu a čas povolený k administraci
- při nezdaru u závěčné úlohy má klient ještě jeden pokus; dále pokud během testu 5x po sobě selže, ukončíme administraci
- zaznamenávám čas a počet pohybů
- vhodný **test – retest** (lze použít opakovaně bez rizika zácvičení), ten pak podle výsledků může poukazovat na:
 - psychosociální retardace: 1. subnorma 2. norma
 - dětské neurózy: lepší retest po delším odstupu
 - organická deteriorace + děti s LMD: variabilita skóru i po bezprostředním retestu
 - demence, regrese ment. funkcí: dlouhodobě klesající trend
- při testu využívané procesy:

analýza – komparace – generalizace – abstrakce – syntéza

- tj. zjišťuje zachovalé analyticko – synestetické funkce
- test je nezávislý na verbálních schopnostech – lze předkládat i pantomimicky (neslyšící, cizinci, ...)
- intratestový rozptyl: rozptyl vyjadřující pohotovost zkoušeného reagovat na postupné zvyšování nároků
- normální dospělý řeší bez potíží min. polovinu úkolů

diagnostika:

- *ment. podprůměrní* – diferencuje slabomyslnost a podprůměr
- *organické postižení CNS* (zjišťuje lépe deterioraci ment. funkcí než jejich úroveň)
- *subjektivní nejistota* - opravuje obrázek
- *schizofrenie*:
 - incipientní: selhávání u jednodušších, dobrý výsledek u složitějších
 - stabilizovaná: rovnoměrný výkon

STANDARDNÍ PROGRESIVNÍ MATRICE (STANDARD PROGRESSIVE MATRICES, SPM)

- 1938 (Raven), 1976 (Říčan)
- Varianty: Standardní, Advances, Barevné (pro děti/starší osoby)
- **normy:** 8 – 14 let, 20 – 65 let
- 30 – 45 min, 60 úkolů v 5 setech (A – E), vzrůstající obtížnost
 - o A – princip souvislosti vzoru
 - o B – princip analogie mezi páry figur
 - o C – progresivní změna vzorů v souladu s logickým principem
 - o D – přeskupování figur
 - o E – analýza figur na elementy a jejich rekonstrukce
- **nonverbální test inteligence** vhodný pro individuální i skupinovou administraci, vhodné pro hluché
- dosazování části obrazce do vzoru
- potřeba: percepce, pozornost, myšlení
- **zjišťuje:** abstraktní tvarovou percepci a dedukci – nutný logický úsudek (sch. nazírat a chápat vzájemné vztahy)
- nevýhody:
 - IQ není deviační, je pro skupinu 16 – 35 let (předpoklad vrcholu inteligence)
 - ovlivněno mimo intelektovými faktory (hl. pozornost) – u neuróz může zkreslovat výsledek
 - chybí info. o struktuře inteligence
 - inspirace Spearmanem: nejdůležitější složkou obecné inteligence je schopnost vidět vztahy mezi objekty
- **index variability** = součet všech rozdílů v pěti setech
 - o větší než 7 - výsledek testu je nespolehlivý

TESTY NEZÁVISLÉ NA KULTUŘE (CULTURE FAIR)

- Cattell
- Dobře sytý g-faktor, fluidní inteligence
- Culture fair (nenadržuje na základě kultury)
- 3 varianty:
 - o C.F.1: děti 4-8 let
 - o C.F.2: 8+ let
 - o C.F.3: 14 let a výše (zejména pro vysokoškolskou populaci a nejnadanější dospělé)
- U nás se využívá forma **C.F. 2 A** (Existují dvě paralelní formy testu A,B)
- Princip testu: Doplňujeme obrazce do řady; 4 subtesty (princip sérií, p. klasifikace, p. matric, p. topologie);
- Administrace 12,5 minut
- Hodnotíme všechny správné odpovědi

D 48 DOMINO

- 12 let + (nejlépe hodnotí u 15+); 44 úloh + 4 zádvičné
- Měření všeobecné inteligence (g-faktor)
- Úkolem je doplnit do předlohy, kolik teček bude v kostičce domina
- Administrace cca 20 minut; Vyhodnocení pak minutu: klient obdrží bod za každou správnou odpověď
- Není zde možnost náhodného výběru z nabízených možností.

UNESCO

- 10 let +; administrace (40 min.) možná individuálně i skupinově
- Kombinace percepčního a vědomostního testu
- Spirálová forma (opakování 3 subtestů):
 - o Neverbální analogie – relace
 - o Indukce písmen a čísel
 - o „Pátý nehodící se“: jde o eliminaci nehodícího se symbolu

KRÁTKÝ VERBÁLNÍ INTELIGENČNÍ TEST (KVIT)

- Administrace 5 minut; percentilové normy
- Měří verbální inteligenci; princip testu: Přirazování slov k obrázkům
- Dobře diferencuje mezi stupni vzdělání
- Forma A,B
- *Test obsahuje cizí slova!*

VÍDEŇSKÝ MATICOVÝ TEST (VMT)

- Verze tužka papír, pc; Administrace skupinová i individuální (25 minut, 5 minut před koncem upozorníme);
- Vhodná náhrada Ravena, který je používán až příliš často
- Normy jen pro muže
- 24 položek s narůstající obtížností + zátěžové položky

BOCHUMSKÝ MATICOVÝ TEST (BOMAT ADVANCED)

- neverbální, aktuální výkon rozumových schopností, predikuje celkovou úroveň intelektu
- diferencuje hl. v nadprůměru – obtížné položky
- dospělý, adolescenti – normy na VŠ studentech (vrchol inteligence - 24 let)
- analytické a integrativní operace
- 10 zahřívacích položek + 40 testových – **dopředu se seznámí s instrukcemi** (nutné zajistit pochopení principů), chceme uplatnit naučená pravidla

TEST INTELEKTOVÉHO POTENCIÁLU (TIP)

- Říčan, 1971
- 12 + let, průměrná. až podprůměrná populace; administrace 12 + 3 min
- formy A, B
- vyvozování logických vztahů
- max. nalézání pravidel, atraktivnost testu, percepční jednoduchost
- možná hromadná administrace

VÍCEDIMENZIONÁLNÍ TESTY INTELIGENCE

- obvykle z několika subtestů, měří více komponent inteligence
- mohou poskytnout profil inteligence
- závislé na teorii, ze které vycházejí
- často poskládané/inspirované z dosud dostupných jednodimenzionálních testů

WECHSLEROVA INTELIGENČNÍ ŠKÁLA

- 14 subtestů
- Administrace: 19 – 89 let; 60-90 minut
- Měří IQ v rozpětí 45 – 155 bodů

Principy metody

- princip **kvalitativně homogenních subtestů**
- každý subtest umožňuje kvantifikaci v širokém pásmu
- získáme **profil struktury inteligence** jednotlivce
- citlivější na **parciální nedostatky** než na silné stránky
- méně položek v delších subtestech
- gradující obtížnost položek

Hodnoty, skóry

- *deviační intelligenční kvocient* – individuální stálost IQ – jedinec si podrží své místo ve skupině
- *profilové skóry* – ke srovnání výkonů v subtestech ($PS = 3z + 10$)
 - o ideální profil je rovný přímce $PS = 10$
- *index deteriorace* – pouze v WAIS-R a WAIS-IV, ve WAIS-III ne
- všechny subtesty (vyjma číselných symbolů) – **stálý interpersonální kontakt**
- nelze skupinově, snadná administrace i skórování

Charakteristika metody a její struktura

- subtesty: (dobově podmíněny)
- **verbální**: Slovník, Podobnosti, Informace, Porozumění, Počty, Opakování čísel
- **performační** (názorové): Kostky, Doplnování obrázků, Matrice, Skládání obrázků, Řazení obrázků, Symboly – kódování, Řazení písmen a čísel, Hledání symbolů

SPECIFIKA JEDNOTLIVÝCH SUBTESTŮ

Informace:

- ústně pokládané otázky, 0 – 1b
- odráží množství a úroveň všeobecných vědomostí, úroveň vzdělání, kvalita výchovného prostředí
- závisí na dlouhodobé paměti

- málo ovlivněno věkem
- odolnost vůči psychopatologickým vlivům, **míra premorbidního intelektu** (při deterioraci – kromě sémantické demence)
- selhávání MR, porucha kontaktu s realitou

Opakování čísel:

- přímé opakování/pozpátku
- úroveň koncentrace a rozsahu pasivní pozornosti a krátkodobé verbální auditivní paměti
- velmi **citlivý na organické poškození CNS**
- nízký výsledek, negativní emoce (úzkost, deprese, ...), organicita

Slovník:

- význam slov
- obsahová úroveň řeči, jazykové schopnosti, informovanost
- **nejstabilnější míra inteligence (nejlepší index premorbidního intelektu)** – nejvíce g
- možná analýza obsahu odpovědí (bizardnosti, perseverace, ...)
- vysoké skóre: vyšší vzdělání, rozhled, široké zájmy, sklon k intelektualizaci, OCD, vykládání na úkor prožitku, deflexe
- selhávání: histrionské rysy (tendence k vytěšňování, zapomínání), stimulačně chudší prostředí, MR

Počty:

- soubor aritmetických úkolů (slovní úlohy), časový limit (nejlehčí: kolik je tu kostek?), nesmí si psát
- sch. numerického úsudku, sch. koncentrace, pozornost, krátkodobá paměť
- citlivost k přechodným citovým stavům (snížený výkon u úzkosti)
- vyšší výkon u obsesí a paranoii
- krajně neobvyklé odpovědi - nepozornost, nedostatečné porozumění, porucha myšlení
- **výsledek u MR odpovídá adaptaci na běžný život**

Porozumění:

- verbální řešení každodenních problémů, vysvětlení přísloví
- sch. pochopit realitu, adekvátně reagovat, sociální úsudek, konformní jednání v souladu s pravidly, úroveň socializovanosti myšlení
- zachycení abstraktního myšlení (chybí u organicit)
- dobrá míra obecné inteligence
- odráží aktuální citový stav
- vyšší výsledky: emoční stabilita, paranoidní schizofrenie (ost. SCHI – nižší skóry)

Podobnosti:

- verbálně předkládané dvojice slov, najít a vysvětlit podobnost
- sch. základní abstrakce, pružnost myšlení
- nadměrné propracování odpovědí: obsese
- ukazatel fluidní inteligence (formální vzdělání hraje malou roli)
- horší výsledky: organicita, schizofrenie

Doplňování obrázků:

- obrázky s chybějícími částmi
- sch. vizuálně percepčního rozlišování hlavních komponent známých předmětů (vizuálně percepční diskriminace), sch. konkrétního neverbálního úsudku, sch. rychlého přizpůsobení
- kulturní vlivy, smysl pro realitu
- čas limit 45s (překračují MR a neurologické postižení)
- více zvláštních odpovědí - psychotici
- „nic nechybí“ opakovaně - hostilita

Řazení obrázků:

- příběh v nesprávném pořadí
- sch. vyložit si situaci z hlediska vzniku, plánovat, anticipovat další rozvoj
- uplatnění divergentního myšlení, sch. porozumět celkové situaci, příčina – následek
- inteligence v sociálním kontextu, **soc. přizpůsobení**
- rychlé, neorganizované přesuny - impulzivita
- dlouhá latence před prací - hloubavý styl
- narušení plánování (exekutivní fce) - počáteční organicita

Kostky:

- 9ks, dle předlohy, červeno – bílé (+ diamond design)

- vizuální orientace v prostoru, log. myšlení, analýza a syntéza vizuálních podnětů, prostorová představivost, myšlenkové operace v prostoru
- vizuální analýza prostorových vztahů – vizuální syntéza geometrických elementů - zpětnovazební kontrola
- paměť hraje minimální roli
- **velmi citlivý na organicitu** – indikátor difuzního organického poškození (hl. P hemisféra)
- obsedantní obavy o detaily

Skládání objektů:

- z různě tvarovaných kousků, časový limit
- rychlost, pohotovost, vizuální analýza částí, tvoření hypotéz o celku, vizuálně – motorická koordinace, zpětnovazební kontrola
- pokus – omyl, vhléd
- počítají se správná spojení – pokud celé správně, tak ještě body za rychlost
- když netuší, co skládá – problém se zrakovým vnímáním

Číselné symboly:

- přiřazování symbolů pod číslice dle vzoru (kódování)
- rychlé asociační myšlení, vytrvalost, rychlost, vizuálně – percepční organizace
- návrat ke klíči před každou reprodukcí – narušení krátkodobé paměti
- nízký výsledek (nutno vyloučit zrakové/motorické postižení): deprese, schizofrenie, organicita

Matrice:

- abstraktní tvarová percepce a dedukce, kognitivní úsudek, pravoemisferální komplexní zpracování informací, percepční uspořádání, obecná vizuální inteligence
- více času – MR, neurologické problémy
- vyloučit barvoslepost při nízkém výkonu

Řazení písmen a čísel:

- seřadit číslice vzestupně, písmena dle abecedy
- zachycuje pracovní paměť, g-faktor
- usnadnění výkonu předurčenými sekvencemi

TEST STRUKTURY INTELIGENCE (IST)

- lze administrovat hromadně, 13+ (u nás normy 12+), 90 min
- **inteligence jako část osobnostní struktury** – rozumové schopnosti uplatněné ve výkonu
- 9 subtestů, paralelní formy A a B
 - o profil M – jazykově teoretické nadání
 - o profil W – praktické nadání
- účel: diferencované hodnocení úrovně rozvoje intelektu, vhodné pro poradenství (profi)
- náročný na rychlost myšlení, vhodný pro nadprůměrné jedince
- částečná preference osob s přírodovědným, matematickým a teoretickým nadáním (IST – 70 nadřazuje přírodovědně vzdělaným)
- **poznávací schopnosti měřené IST:** verbální int., numerická, figurální int., celková úroveň pozn. schopností, paměť, znalosti (verbálně, numericky, figurálně kódované), krystalizovaná inteligence, fluidní int.

IST – 70

- přepracovaný statistický základ
- 9 subtestů
- normy dle vzdělání, 12 – 60 let

IST – 2000 – R

- (Plháková)
- 90 – 160 min
- vyváženější co do obsahu než IST – 70 – nové moduly aby nezvýhodňovali přírodovědce
 - o **základní modul** – 9 subtestů, verbální, numerické, figurální + 2 subtesty na paměť
 - o **zkrácený základní** – bez paměťových úloh
 - o **rozšiřující modul** - + znalostní test (sch. osvojit si kulturně předávané vědomosti)

Analýza struktury inteligence (ISA)

- velmi podobný IST
- hl. pro diferenciální diagnostiku

- zjišťuje obecnou inteligenci vázanou hlavně na řeč a čísla, schopnost prostorového a figurálního vnímání, pozornost
- 14 – 40 + let, individuálně i skupinově, kvalitní zácvičné úlohy, 90 min
- 3 formy:
 - o ISA
 - o ISA/L - lehké, 9 subtestů, 65min
 - o ISA/S – těžký, 53 min

využití: školní poradenství, výběr uchazečů, následky traumat, výzkum

ANALYTICKÝ TEST INTELIGENCE (AIT)

- 10 – 15 let, dospělí, 60 min (5 – 6 min/subtest), individuálně i skupinově
- školní poradenství
- jediný, který **měří kreativitu**
- **struktura inteligence – 4 faktory:**
- komplexnost – množství a rozsah elementů
- globalita – seskupovat integrovat
- plynulost (fluidita) – pohyblivost myšlení, přechod k dalším informacím
- plastičnost – rozložit na části, reorganizovat, složit
- výsledek: **typ inteligence** zakreslený do profilu
 - o logicko – formální
 - o obrazně – konkrétní
 - o analytická – receptivní
 - o kombinační, tvůrčí
 - o senzitivní

TESTY KOGNITIVNÍCH SCHOPNOSTÍ WOODCOCK – JOHNSON TEST (WJ-IE-COG)

- **intelligence = soubor kognitivních schopností** (Cattel – Horn – Carrolova teorie inteligence)
- cíl testování: **odhalit problémy, ne získat inteligenční kvocient**
- 5 – 65 let, individuálně
- 3 trsy, 7 subtestů
 - o verbální schopnosti: obrázkový slovník, synonyma/antonyma, verbální analogie (prediktor školních výkonů)
 - o schopnosti myšlení: paměť na jména, prostorové vztahy, zvukové vzorce, kvantitativní pozorování
 - o kognitivní efektivnost – vizuální pozorování, obrácené číselné řady

KRÁTKÝ TEST VŠEOBECNÉ INTELIGENCE

- **neuropsychologický princip:** intelligence = kapacita krátkodobé paměti + rychlost zpracování informací
- dospělí, 5 – 8 min
- dgn. všeobecných schopností a jejich změny
- 2 části:
 - o čtení písmen na čas
 - o opakování znaků - číselné řady, písmena
- zachytí začínající neurodegenerativní procesy

ORIENTAČNÍ ZKOUŠKA

- „Bratislavský test“, Stavěl (1970)
- 7+ let, 35 min, individuálně i skupinově
- jen struktura verbální inteligence

TESTY PAMĚTI

Význam diagnostiky paměti pro klinickou psychologii a psychopatologii:

- časté stížnosti na potíže s pamětí – často první symptomy
- klinické poruchy rozdílně postihují paměť a intelekt
- pomáhá vysvětlit, jak se lidé učí
- odhalení přidružených kognitivních oslabení, které se dosud nemanifestují
- interferuje oscilace pozornosti

WECHSLEROVA ŠKÁLA PAMĚTI (WMS)

- 20 – 64 let, 15 – 20 min
- české normy, ale ne standardizace
- výsledek: HS, **MQ** (paměťový kvocient) – lze srovnat s IQ (dgn. cenný rozdíl)
 - o dobře stanovuje celkovou úroveň paměti u organického poškození mozku
 - o 0 – 60 defekt, 61 – 80 podprůměr, 81 – 100 průměr, 101+ nadprůměr
- zraková, sluchová, krátkodobá, dlouhodobá
- sch. asociačního učení, **celková úroveň paměti** hl. u organických poškození mozku
- 7 subtestů (6 subtestů na sluchovou paměť)
 - o informace (věk, ...) – na něj se ptát vždy
 - o orientace (datum, ...)
 - o duševní kontrola (abeceda, ...)
 - o logická paměť (2 povídky)
 - Alzheimer – ani s náповědou ne
 - Parkinson - ano s náповědou
 - o čísla (dopředu a pozpátku) - kapacita paměti
 - o vizuální reprodukce (zpaměti malovat 3 předložené obrazce)
 - o asociační učení (dvojice slov)

WMS-III

- 30 – 35 min + 20 min volitelné subtesty, 19 – 89 let
- výhody: vyvážení auditivní a vizuální, řádná restandardizace, větší věkový rozsah, revize položek s ohledem na zkreslení kulturou)
- nevýhody: delší administrace
- **11 subtestů** (7 původních, 4 nové) – 6 základních, 5 volitelných
 - o Informace a orientace
 - o Logická paměť
 - o Tváře (označit ty, co už viděl)
 - o Verbální párová asociace
 - o Obrázky – rodina (6 osob, 4 scény)
 - o Seznam slov
 - o Vizuální reprodukce
 - o Uspořádání písmen a čísel (abecedně a vzestupně)
 - o Prostorový rozsah
 - o Mentální kontrola
 - o Číselný rozsah
- **dimenze:**
 - o způsob prezentace podnětů: auditivní X vizuální
 - o časová: vybavení okamžité X oddálené
 - o formáty subtestů: volné vybavení X s náповědou X rekognice
- **primární indexové skóry:**
 - o okamžitá paměť:
 - bezprostřední auditivní
 - bezprostřední vizuální
 - o všeobecná oddálená paměť:
 - oddálený sluchová index
 - oddálený vizuální index
 - oddálená sluchová rekognice
 - o pracovní paměť

WECHSLEROVA ŠKÁLA PAMĚTI – ZKRÁCENÁ VERZE (WMS-III-A)

- individuální test na deklarativní epizodickou paměť, 15 – 20 min
- výsledek: **3 kompozitní skóry:**
 - o BP – bezprostřední paměť
 - o OP – oddálená paměť
 - o CP – celková paměť
- **subtesty:**
 - o Logická paměť I a II
 - o Obrázky rodiny I a II

BENTONŮV VIZUÁLNĚ RETENČNÍ TEST

- 7+ let, individuálně
- **dgn. poruch vizuální pozornosti a retence paměti** (odhalování organických poškození)

- diferencuje psychogenně a organicky podmíněné poruchy chování – jeden z nejlepších pro diferenciální diagnostiku
- použitelný jako vývojový test
- formy:
 - o kresebná – 3 x 10 předloh, kreslí
 - o forma volby – vybírá ze 4 shodných s předlohou
- hodnocení: počet správných reprodukcí, počet chyb
- u normálních osob koreluje s IQ, od 8 let stoupá, 45-50 klesá
- klinicky:
 - o paranoia, asociálové – nedostatek snahy
 - o deprese, organické poruchy – neschopnost reprodukce
 - o autisti, schizofrenici – nerelevantní reprodukce
 - o chybí vzdělání, soc. zkušenosti, onemocnění mozku – narušená grafomotorická schopnost

MEILIHO TEST AKTUÁLNÍ PAMĚTI

- 7 min, děti i dospělí, 30 obrázků po 2 s.
 - rozsah vizuální KDP
-

PAMĚŤOVÝ TEST UČENÍ (AVLT)

- 9 – 14 let, dospělí
 - 15 slov, 5x čteno, 1x interference, 1x oddálené vybavení
 - pozornost, krátkodobá i dlouhodobá verbální paměť, sch. učít se
 - vhodné pro organické oslabení CNS, poruchy učení, demence, sledování následků úrazů hlavy, dif. dgn. funkčních a organických poruch
 - všímáme si opakování (p. pozornosti, úzkost, děti), konfabulací (distorze/pravé konfabulace – psychózy, demence, ...)
-

ŠKÁLA AKTUÁLNÍ PAMĚTI (ŠAP)

- 14–80 let
 - vychází z nedostatků každodenní paměti nebo procesu učení
 - vhodné kombinovat s výkonovými testy
-

PAMĚŤOVÝ TEST (LGT-3)

- 40 min (časové limity), 13 – 23 let
 - párové učení, reprodukce, znovupoznání, ...
 - subtesty: plán města, slovíčka, předměty, telefonní čísla, stavba, firemní značky
-

TESTY POZORNOSTI

BOURDONŮV TEST POZORNOSTI

- Bourdon, 1895 – aktuálně nejčastější
 - úkol: diferencovat v řadě symbolů, 30 + 1 řádek/ 50s, 2550 znaků
 - standardizace: 17 – 36 let, modifikace norem
 - koncentrace pozornosti, PSM tempo, přesnost percepce
 - hodnotí se výkon (počet zvládnutých znaků – kvantita) a počet chyb (kvalita)
 - dopravní psychologie, psychologie práce, klinická praxe
-

TEST POZORNOSTI D2

- 9 – 60 let (+ nové normy), 8 – 10 min, individuálně i skupinově
- 14 x 47 položek, škrtat „d“ se 2 čárkami, 20s na řádek
- hraje roli **pohlaví**
- **koncentrace pozornosti, PSM tempo**
- výsledky:
 - o kvali +, kvanti + : dobrá pozornost, sch. koncentrace, dostatek sebevědomí, sebedisciplína, dostatek sebevědomí, sebedisciplína
 - o kvali +, kvanti - : svědomití, pečliví, trpěliví, někdy pedanti
 - o kvali -, kvanti + : impulzivní až divocí, pracovní elán, vysoké sebevědomí, sebejistota, povrchnost až lehkomyšlnost
 - o kvali -, kvanti - : bez schopnosti mobilizace vůle, vnitřně nevyrovnaní, nepořádní, nejistí, trémisté, lhostejní

- organické postižení – znatelný pokles, rozeznatelné od poruch nálady

TEST KONCENTRACE POZORNOSTI (TKP)

- porovnávat a korigovat znaky ve dvou sloupcích s číslicemi a písmeny
- PSM tempo, sklon k chybným výkonům, inteligenční úroveň, koncentrace pozornosti
- **praváci vs. leváci**

RYCHLOSTNÍ AUDITIVNÍ TEST SÉRIOVÉHO DOPLŇOVÁNÍ (PASAT)

- mužský/ženský hlas, 4 úrovně rychlosti, prezentuje 60 číslic
- úkol: **sečíst vždy 2 poslední číslice**
- senzitivní pro poruchy pozornosti a vigilance, citlivý na proces zpracování informací, integrita složek pozornosti
- nejlépejší úroveň zvládne jen 72% zdravých dospělých, nejtěžší 45%
- selhávání vigilance, narušení retikulární formace, limbického systému, frontálního laloku (drobnější infarkt?)

TEST CESTY (TMT)

- cca 5 min, normovaný na jiném vzorku
- základní neuropsychologická zkouška
- citlivý na **organicitu**, poškození CNS
- PSM tempo, prostá pozornost, distribuce pozornosti
- vyžaduje: rozpoznání písmen a čísel, flexibilita, zrakové vyhledávání, motorické schopnosti
- A – spojovat čísla, B – spojovat písmena a čísla (při chybě vrátit)
- akalkulie a agnozie – po cévních mozkových příhodách (nepoznají číslice a písmena)
- výsledky:
 - o A a B v normě: přiměřené PSM tempo i distribuce pozornosti
 - o A prodloužené, B v normě: prodloužené PSM tempo, schopnost se zlepšit (soc. anxieta?)
 - o A norma, B prodloužené: počínající organicita?
 - o A i B subnormní – organicita, deprese, málo motivovaní, funkční poruchy výkonnosti, zvýšený stres

ČÍSELNÝ ČTVEREC

- Jirásek, 1992
- hledací zkouška = co nejrychleji vyhledat čísla 1 – 25; 10x se opakuje
- percepční pohotovost, pozornost, bystrost, představivost, paměť
- postihuje zejména nespecifickou psychickou aktivitu, pohotovost, regulace chování = úmyslná pozornost

ČÍSELNÝ OBDÉLNÍK

- 18 min, černá čísla 1 – 100, my diktujeme 8 trojic čísel, zapisují malé červené indexy
- selektivita a distribuce pozornosti, přesnost percepce
- ovlivnění:
 - o vnitřními činiteli (CNS, soustředěnost, zaměřenost, oscilace)
 - o vnější činiteli (velikost pozornostního pole, počet prvků v poli, jejich tvar, barva, stupeň barevné homogenity a heterogenity)

DISJUNKTIVNÍ REAKČNÍ ČAS (DRČ)

- 7 – 15 let, 15+, i skupinově
- neverbální test měřící reakční čas
- čtvereček s 2 kroužky – důležité je umístění bílého kroužku vzhledem k černému
- DRČ jako ukazatel psychického tempa, zjišťování rychlé orientace nebo rozhodování

EXEKUTIVA

TEST HANOJSKÉ VĚŽE (TOH)

- 5 kruhů různé velikosti na 3 tyčkách, co nejmenší počet tahů
- **pravidla:** pohybovat jen 1 kruhem, kruh musí být na tyčce, ne mimo, větší kruh nesmím dát na menší
- sch. plánování, inhibice odpovědí, exekutivní funkce

TEST LONDÝNSKÉ VĚŽE (TOL)

- 3 barevné koule, 3 tyčky
- **pravidla:** omezený počet koulí na tyčce, hýbat je s jednou koulí, koule nesmí být jinde

- **12 úloh**, vzrůstající obtížnost, minimálně počet tahů
- dgn.: plánování, pracovní paměť, vizuálně – prostorová paměť, sch. inhibice odpovědi

IOWSKÝ HERNÍ TEST (IGT)

- vybírat karty ze 4 balíčků, snažit se vyhrát
- výhodnější a méně výhodné balíčky; sledujeme proces rozhodování; norma: po 40 – 50 kolech se zaměřím na výhodnější balíčky

WISCONSINSKÝ TEST TŘÍDĚNÍ KARET (WCST)

- pro exekutivní funkce
- karty – různé kombinace barev a symbolů, 4 klíčové karty, 64 odpověďových; přiřazovat je dle klíče (proband ho neví, musí na něj přijít. Jsou to: tvar, barva, obrazec); 10x položí správnou odpověď - klíč se pak mění
- 16 normativních proměnných – hl. počet naplněných kategorií a perseverace
- senzitivní k poškození mozku (frontální laloky), diagnostika pracovní paměti
- pro výzkum schizofrenie, PO, deprese, OCD

STROOPŮV TEST (CWT)

- zjišťování percepční zátěže, odolnost vůči psychické zátěži, závislost na poli
- test organicity – **jeden z nejlepších na diagnostiku exekutivních funkcí**
- 100 slov barev - **S skór** (osobní tempo)
- barevné obdélníčky - **F skór** (faktor percepce) – lepší u žen
- slova barev napsaná jinou barvou - **SF skór** (skór percepční zátěže) – předkládáme alespoň 2x
 - o napřeskáčku má číst jednou slovo, jednou barvu - **SFS skór** (detekce reakce na zvýšenou zátěž)
- index interference = rozdíl mezi rychlostí čtení F a SF (mění se s věkem – nejnižší kolem 25 let)

TEST KOGNITIVNÍHO ODHADU (TKO)

- Neuropsychologický screening pro exekutivní funkce (poškození frontálního laloku)
- 15+ let, 5 min, význam vyšetřování řeči: odhalení p. sluchu, MR, demence
- před vyšetřováním nutné zajistit, že nejde o poruchu vědomí, orientace, delirium, p. zraku/sluchu, hlasu, mluvidel, ...

ŽETONOVÝ TEST

- 6 – 12, 16 – 97 let
- hodnocení specifických schopností – hl. míra porozumění
- 20 žetonů: kruhy/čtverce, malé/velké, 5 barev
- nutné se ujistit, že pozná tvary a barvy
- dostávají úkoly „Vezměte malý bílý kruh.“; **hodnotí se porozumění jednotlivým částem**

MISSISSIPPSKÝ SCREENINGOVÝ TEST AFÁZIÍ (MAST-CZ)

- rychlá diagnostika v akutním stádiu onemocnění (5 – 10 min)
- česká standardizace, volně dostupný
- 9 subtestů: automatická řeč, pojmenování, opakování, fluence při popisu fotografie, diktát, porozumění alternativním otázkám, rozumění slovu (identifikace objektů), rozumění mluvené instrukci, rozumění čtené instrukci

BOSTONSKÁ ZKOUŠKA PRO DIAGNOSTIKU AFÁZIE, 3. VYDÁNÍ

- vychází z koncepce Luriji
- komplexní vyšetření syndromů afázie pro dospělé
- hodnocení na základě percepčních modalit (zrak, sluch, ...), procesu zpracování (porozumění, analýza, ...) a modalit pro odpověď (artikulace, manipulace, ...)
- spontánní řeč, plynulost, pojmenování, čtení nahlas, opakování, psaní, porozumění přečtenému

BOSTONSKÝ TEST POJMENOVÁNÍ, 2. VYDÁNÍ

- 5 – 97 let
- základní neuropsychologická zkouška – konfrontační pojmenování a výbavnost slov
- 60 obrázků s kresbami (od běžných objektů až po málo frekventovaná slova)
- dovoluje možnost nápovědy

WESTERN APHASIA BATTERY (WAB)

- 4 subtesty: spontánní řeč, verbální porozumění, opakování, pojmenování
- zkoušky: čtení, psaní, apraxie, konstrukční, vizuálně prostorové a početní úlohy

30. SOUDNĚ ZNALECKÁ PROBLEMATIKA

- diagnostika v soudně znalecké praxi, posuzování věrohodnosti výpovědi, rozpoznávacích a ovládacích schopností, strukturování znaleckého posudku. Problematika exkulpace

SOUDNĚ ZNALECKÁ ČINNOST:

- Rozvoj ve 2. pol. 20. stol.; upravuje ji Trestní řád a probíhá podle zákona o znalcích a tlumočnících (§105 Tr. Ř.– přizvání psychologa, obvykle klinického či forenzního)
- Soudně-znalecký psychologický posudek: důkazní prostředek, ke kterému přihlíží soud
- Znalci: osoby se speciálními odbornými znalostmi jmenované soudem, zapsané v seznamu znalců, mající znaleckou doložku (výjimka: psycholog jako znalec ad hoc, tj. bez zapsání v seznamu; vysoké školy; vědecké ústavy; vědecké instituce)
- Znalce si vyžádá: vyšetřovatel, soud, státní zástupce
- Znalci nepřísluší se vyjadřovat k právní stránce věci
- Obvykle posuzuje: osobnost obviněného či svědka, kriminální motivaci, chování obžalovaného, věrohodnost výpovědi, interpersonální vazby, možný kriminální vývoj osobnosti (nebezpečnost pachatele), možnosti resocializace (nápravy)
- Metody: klinické (pozorování, rozhovor, anamnéza, zjišťování postojů a názorů) testové: (výkonové, projektivní, dotazníky; př: WAIS-R, WISC, Rorschach, Hand test, Test slovních asociací, MMPI, Eysenck)
- Uplatnění: trestní právo i občanské právo, nejčastěji: *TČ proti životu a zdraví, TČ spáchaný mladistvým pachatelem, případy autoagrese, nedbalostní TČ*

Jmenování:

- Občan ČR, dostatečné znalosti a zkušenosti, osobnostní charakteristiky – řádně vykonávaná činnost, musí s jmenováním souhlasit, svéprávnost, bezúhonnost
- Soud se obrací na znalce, pokud sám není schopen odpovědět na určité otázky -> znalec musí posoudit v co nejkratší lhůtě a řádně za smlouvenou odměnu

STRUKTURA POSUDKU:

1. Zadání úkolu (proč, kdo, co, identifikační údaje) - popis zkoumaného jevu
2. Stručný výpis ze spisové dokumentace – k čemu v posudku přihlíží
3. Vlastní psychologické vyšetření – anamnéza, diagnostika, rozhovor, testy a výsledek; (=psychologický nálezný – srozumitelný i pro nepsychologa)
4. Závěr posudku (odpovědi na zadané otázky)
5. Formální náležitosti (platnost a autorství posudku, datum, identifikace, znalecká doložka)

HLAVNÍ TÉMATA:

- motivace k činu
- vývoj osobnosti – vrozené dispozice & vnější prostředí
- os. obviněného v interpersonálním kontextu – vazby, dynamika vztahů
- kriminolog. a trestní odpovědnost... duševní zdraví
- individuální a kriminální predikce
- charakter: nápravné opatření/ochranné opatření/ochranná léčba
- způsobilost vypovídat
- věrohodnost výpovědi svědků a poškozených
- nezletilí – výsledek (přiměřená úroveň)
- posouzení možnosti resocializace obviněného

POSUZOVÁNÍ NEBEZPEČNOSTI PACHATELE

- **Protekcionisté:** zdůrazňují ochranu společnosti před zločincem; zásada „in dubio pro securitate“
- **Antiprotekcionisté:** zdůrazňují právo nebýt uvězněn na dobu delší než nezbytnou; zásada „in dubio pro libertate“: v pochybnostech ve prospěch svobody
- **alfa chyba:** jedinec shledán neškodným, ačkoliv je nebezpečný
- **beta chyba:** jedinec omylem označen za nebezpečného
- *dangerous people*– kriminalita jako přílišná svoboda jednání jedinců, kteří k ní mají předpoklady (minimalizace role vnějších okolností)
- *dangerous actions*– kriminalita jako výraz, projev nedokonale provedené sociální rovnosti

- Nebezpečnost se posuzuje na základě: *intuitivního přístupu* (celostní posouzení osobnosti), *klinického* (psychodiagnostika, anamnéza), *statistiky* (odhad pravděpodobného kriminálního chování v budoucnosti)

DIAGNOSTIKA

- Většinou v případech pochybnostech o přičetnosti pachatele či u mladistvých, kde se taky posuzuje stupeň rozumové a mravní vyspělosti, posuzování věrohodnosti, posouzení osobnosti člověka, stav jeho poznávacích procesů, možnost resocializace
- Ambulantní vyšetření, sledování v ústavu za podmínky podezření simulace příznaků (je to spíše krajní řešení, výjimečné)
- Pokud podezřelý nespolupracuje, ptáme se na důvody nespolupráce, předloží se znalci veškeré podklady, znalec se vyjádří, zda je možné podle nich něco usuzovat
- **PLC-R:** Hare-psychopatie-check-liste (R.D.Hare) – 20 položek, např. povrchní šarm, nedostatek empatie, impulzivita, časná kriminalita apod.
- Diagnosticky relevantní také znaky antisociální osobnosti podle MKN

METODY POUŽÍVANÉ VE FOREZNÍ PRAXI:

- Klinické metody (pozorování, rozhovor)
- Testy výkonové
 - Ravenův test, WAIS -III, WSM -III,
- Testy osobnostní
 - RAR, TAT, Hand test, Test nedokončených vět, Kresba lidské postavy, Baum test
- Dotazníky
 - MMPI, PLC-R

VĚROHODNOST

- Míra souladu výpovědi se skutečností, rozpoznání lži v produkci vyslýchaného
- *Obecná:* komplexní psycholog. Charakteristika osobnosti; schopnost zaregistrovat určitou realitu, uložit ji do paměti a reprodukovat ve formě vzpomínky
- *Specifická:* zda je konkrétní výpověď pravdivá, jak se shoduje se skutečností
- Vnímání času je ovlivněno stavem čl., tím je také ovlivněna objektivnost (např. čl. má velké bolesti a přijde mu strašně dlouhá doba, než se dostane na pohotovost, přitom to ve skutečnosti trvalo 10 min.)
- **Neexistuje absolutní věrohodnost**
- Vztah mezi obecnou a specifickou je nesymetrický (kdo je obecně věrohodnou osobou, může mít někdy dost dobrý důvod, aby lhal a naopak)

POSUZOVÁNÍ VĚROHODNOSTI VÝPOVĚDI

- Zjišťuje se: míra pravděpodobnosti, že je výpověď věrohodná
- Přihlíží se k: způsobilosti osoby podat věrohodnou výpověď (závisí na: rozumových schopnostech, duševním zdraví – psycholog zjišťuje fungování smysl. orgánů, mozku apod.); motivaci (má nebo nemá osoba motivaci lhát/něco měnit/zamlčovat: posuzování lži); výpovědi člověka (řeší se: obsah výpovědi, způsob sdělování, neverbální chování, emoce apod.)
- Verbální kritéria věrohodné výpovědi: kritérium reality, struktury výpovědi, fantazijní produkce, detaily, originalita, nepochopení děje, asociace, konstantnost výpovědi, servilnost k vyslýchajícímu, přidrželost, stereotypní opakování
- Výslech = nejstarší metoda kriminální psychologie.
- V současnosti nesmí být čl. k výpovědi donucen, nesmíme je konfrontovat s důkazy, kt. neexistují, prezentovat můžeme pouze ty důkazy, kt. reálně existují
- Lež je sankcionována – křivá výpověď je trestný čin! (svědek může být stíhaný za křivou výpověď)

Fabulace: vědomé uvádění nepravdivých skutečností svědkem/ obviněným/ odsouzeným s cílem získat v trestním konání procesní výhodu (např. podezřelý se nestane obviněným)

- Psychiatři posuzují nepřičetnost v souvislosti s trestní odpovědností. Přičetná osoba je trestně zodpovědná. Nepřičetná (musí být nepřičetná v době konání činu) není trestně zodpovědná. Stačí, když je narušená 1 ze složek (*konativní:* volní složka nebo *ovládací:* zda pachatel rozuměl, že jeho čin bude sankcionován) a čl. se stává nepřičetným

Konfabulace: čl. vypovídá nepřesně, ale nevědomě (na základě špatného vnímání; organické poruchy, nedostatečná kapacita paměti, porucha v udržení či vybavení paměti)

- Fabulaci posuzuje psycholog, konfabulaci psychiatr

Simulace: příznaky jsou hrané s cílem získat jistou výhodu (lidé s vyšším intelektem mají lepší schopnost simulace)

Disimulace: zakrývání skutečných příznaků (smyslové vady, psychické poruchy)

Agravace: záměrné zhoršování existujících příznaků

Účelová výpověď: lživá výpověď s nějakým cílem (výhoda, kterou mi to může přinést). Může být předem připravená nebo spontánní (předem nepřipravená)

- neurotický čl. není nepřičetný – neuróza nebere náhled; psychotik není trestně zodpovědný, když v čase spáchaného skutku nebyl schopný rozpoznat/ovládat své chování. Ale když byl pod vlivem medikace a věděl, co dělá, tak nebyl nepřičetný.

Psychologická kontaminace: osoba mohla být ovlivněna jinou os., jak má vypovídat (úmyslně či neúmyslně)

VYŠETŘENÍ OBECNÉ VĚROHODNOSTI

- Standardizované metody (Wechsler,...) + dotazníky + projektivní metody
- Při výslechu dítěte používat jen slova, které dítě zná! (např. dítě používá slovo „kokot“, používáme ho taky, neovlivňujeme dítě slovem „penis“, nemusí vědět, co to znamená)
- U dětí třeba vyžádat potvrzení ze školy (např. je podstatné, když má nějakou poruchu učení)
- Na věrohodnost má vliv také environmentální prostředí (např. ve tmě člověk hůře vidí – snižuje se věrohodnost)
- Dále má na věrohodnost vliv psychický, fyzický stav, předešlá zkušenost, věk,...
- Často se chybně posuzuje uhýbání pohledem za projev lhaní, ale jedná se o normální součást konverzace (pauza v komunikaci)

VÝCHODISKA PRO VĚDECKÉ ZKOUMÁNÍ VĚROHODNOSTI A LŽÍ

1. Filozofická
2. Biologická – nezjistilo se, jaké oblasti mozku zodpovídají za lhaní. Úroveň lží souvisí s úrovní myšlení.
3. Psychologické – např. socializační vlivy ovlivňují lhaní dítěte také v dospělosti

Všeobecně-psychologické hledisko

Specifické projevy lhaní se odrážejí v jednotlivých psych. procesech:

- *myšlení:* flexibilita myšlení – pohotově odpovídá na otázku takovou odpovědí, aby byla uvěřitelná (příběh, kt. má začátek, vyvrcholení a konec). Pro dobrou lživost musí být dobré *konvergentní i divergentní myšlení*. Když člověk lže – vyšší úzkost, což také narušuje myšlení
- *řeč:* projevuje se v ní myšlení; všímáme si úrovně odborných výrazů (př. dítě používá taková slova, kt. nejsou v jeho věku běžná/požívá stejná slova či věty jako rodič – pravděpodobně bylo ovlivněné, jak má odpovídat). Osoba, která přemýšlí nad odpověďmi (nemusí vyloženě lhát) – větší reakční čas odpovědi – je zaskočený, větší kognitivní zátěž, musí přemýšlet, aby jeho další výpověď zapadala do dříve uvedených projevů, čímž se zpomaluje řečový projev,...
- *paměť a pozornost:* když člověk vypovídá pravdivě – většinou sekvenčně + je schopný také vypovídat nesequenčně (od 5. sekvence výpovědi k 1., k 8. atd.) – počítá se také s fluktuací pozornosti v průběhu času. Lhář je schopen vypovídat sekvenčně, ale větší množství pamět. materiálu, kt. musí použít – těžší je sch. nesequenčního myšlení (nesequenční (události nevypráví chronologicky) výpověď je většinou znakem pravdivé odpovědi). Má připravenou chronologickou odpověď – můžeme začít s výpovědí od konce, čímž ho překvapíme.
- emoce
- představivost

Sociálně-psychologické hledisko

- porovnáváme indikátor lhavosti
- situační x osobní faktory pro hodnocení lhavosti

Komponenty výpovědi:

- jádro události
- periferní informace (co se stalo před, po) – doplňují jádro události

3 DIMENZE VÝPOVĚDI

- **fyziologický kontext** – fyziolog. pochody (bušilo mi srdce, třásl se mi ruce)

- **psychologický kontext** – poukazuje na stupeň nebezpečnosti situace (čím větší psycholog. kontext, tím větší nebezpečí) – jak se člověk cítil. 2 roviny – *rozumová* (jak čl. přemýšlel jak se z dané sit. dostat) a *citová* (co prožíval – úzkost, strach...)
- **environmentální kontext** – čl. je schopen ukotvit událost do urč. Prostoru
- Ve výpovědi by se měly objevit všechny 3 dimenze -> Pak konstatujeme pravděpodobností závěr!
- Lež dělíme na úmyslnou, vědomou X neúmyslnou, nevědomou (reprodukce živých informací, o kterých člověk neví, že jsou nepravdivé)
- Lhaní: uvádění událostí, kt. se částečně/úplně liší od skutečných událostí; přítomný náhled (hodnotí, uvědomuje si příčiny a následky)
- Lež: jako prostředek k získání výhody, motivované vyhnout se úzkosti, prostředek k zabezpečení výhody jiné osobě, jako kompliment.

3 ÚROVNĚ LHANÍ

- **Falzifikace** – aktivní, nic se nezakládá na skutečnosti, celá výpověď se liší, u lidí jednoduché osobnosti
- **Distorze** – aktivní, pravdivá výpověď doplněná urč. fabulacemi (čl. si uvědomuje, že vyšetřovatelé již mají nějaké info., proto si vymýšlí jen něco, aby je odvedl na jinou cestu), hůře rozpoznatelná než falzifikace
- **Zatajení/blokování informací** – čl. vypovídá jen selektivně, pasivní; je těžké dokázat, že se jedná o zatajování a ne např. o neuvědoměle nevyřčené. Zde také spadá nesdělení zásadní informace, která by měla být sdělena

EXTRALINGVISTICKÁ KOMUNIKACE PŘI LŽI

- sebedotýkání gestikulace a ilustrované pohyby (žena, která byla týrána si často šahá na oblast, kde dříve cítila bolest/kde ji udeřil, aniž by si to uvědomila)
- pohyby rukou a prstů (poklepávání – náznak nervozity)
- pohyby nohou (podupávání – náznak nervozity)
- pohyby hlavy (trhavé pohyby – náznak histriónské os.)
- pohyby trupu (přibližování a odtahování – budíme tenzi u podezřelé osoby – není zakázané)
- proxemické charakteristiky
- chyby v řeči – zvukové distorze (dítě zřejmě použilo projev, který není zvládnutý)
- projevy váhání řeči, výška hlasu (s vyšším napětím máme vyšší hlas), rychlost řeči, latence (čas mezi položenou otázkou a odpovědí, někdy freezing neboli zamrznutí), frekvence výskytu pauz v řeči (typické u obětí), časové trvání pauz v řeči
- Je třeba se rozdílně chovat k podezřelému a ke svědkovi a k poškozené osobě!

7 verbálních projevů (všechny je třeba brát stále s rezervou. Pokud se vyskytují, nemusí to hned znamenat, že vyslýchaný lže)

- negativní výroky (vypovídá o postoji čl. k dané osobě)
- relevantní odpovědi (neodbočují od tématu)
- irrelevantní info
- výroky v 1. os. (když jsem sit. zažil, budu ji vztahovat k sobě: znak pravdomluvnosti); výroky ve 3. osobě se snaží naopak od události distancovat
- hyper-generalizace
- délka odpovědí

Lidé mají tendenci věřit, že to, co jim druzí hovoří, je věrohodné = předpojatost k pravdě = „*Truth bias*“; policisté jsou předpojatí k nepravdě = „*Lie bias*“ (nežádoucí jev – problémy v osob. životě, součást prac. deformace)

PORUCHY S FORENZNÍM VÝZNAMEM

- Disociální porucha osobnosti
- Alkoholismus a závislosti
- Organické poruchy a poruchy intelektu
- Psychotické poruchy

EXKULPACE

- Ospravedlnění, zproštění viny
- Podstatou exculpce je, že se k provinění prokazují skutečnosti spočívající v obviněném samotném, v jeho chování, tedy že nebyla rozumová ani volní složka, která by k chování vedla.

LIBERACE

- (zproštění se odpovědnosti) znamená existenci právem předpokládaných skutečností, které mohou v důsledku to, že se pachatel zproští objektivně vzniklé škody odpovědnosti. Jiné vysvětlení: Jde o *okolnosti*, díky kterým není čin brán jako trestný čin.
- Dochází k ní u případů kriminální činnosti, ke které prokazatelně došlo pod vlivem psychické poruchy (psychotický proces, bludy, halucinace...), nevztahuje se na tr. Činy pod vlivem drog.

DALŠÍ PŘÍKLADY:

- Jednání v afektu – v pojmu nezvládnutelný afekt jsou mezi znalci rozpory, zda jej lze či nelze klasifikovat. Höschl tento připouští, je to afekt mimořádně silný
- Neschopnost dostatečně ovládnout své chování pro intenzivní emoční tenzi
- Uvědomuje si, co dělá (bez poruchy vědomí či amnézie) – je to jednání nepromyšlené
- Nezvládnutý afekt jako
 - o stav ležící mezi normálním a patickým afektem
 - o člověk je vědom toho, co dělá, ale svému jednání není prakticky schopen zabránit
 - o „afektivní tunel“ – vtěsnání v zaměřenou aktivitu, potlačení větší části reality, setrvání v nastoupeném jednání
- Nabízí se závěr, že v době klasifikačních systémů by mělo platit, že:
 - o většina trestných činů, spáchaných v afektu, by měla být posuzována bez snížení ovládacích schopností
 - o především by mělo dojít k rozlišení, zda došlo ke zločinu v rámci afektu prostého, nebo v rámci afektu patického – který je spojen s kvalitativní poruchou vědomí
 - o neměl by být používán pojem "nezvládnutý ani nezvládnutelný afekt"
 - o všichni zainteresovaní, znalci psychiatrie především, by měli mít na mysli, že přechod mezi afektem prostým a patickým (často neostrý, obtížně prokazatelný), jeho detekce, je jedním z nejobtížnějších úkolů forenzní psychiatrie
 - o kvantifikace afektu prostého (v kontextu kriminálních deliktů) dosud čeká na nezpochybnitelné vymezení (jeli to ovšem vůbec možné), všeobecně přijatelné terminologické označení pro různé stupně afektu prostého a dosud ještě ne patického.

31. MKN-10: KLASIFIKACE

F00-F09 – Organické duševní poruchy včetně symptomatických

F00 Demence u Alzheimerovy nemoci

- F00.0 Demence u Alzheimerovy nemoci s časným začátkem
- F00.1 Demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním začátkem
- F00.2 Demence u Alzheimerovy nemoci, atypického nebo smíšeného typu
- F00.9 Demence u Alzheimerovy nemoci, NS

F01 Vaskulární demence

- F01.0 Vaskulární demence s akutním začátkem
- F01.1 Multiinfarktová demence
- F01.2 Subkortikální vaskulární demence
- F01.3 Smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence
- F01.8 Jiné vaskulární demence
- F01.9 Vaskulární demence, NS

F02 Demence u jiných nemocí zařazených jinde

- F02.0 Demence u Pickovy choroby
- F02.1 Demence u Creutzfeldt-Jakobovy nemoci
- F02.2 Demence u Huntingtonovy nemoci
- F02.3 Demence u Parkinsonovy nemoci
- F02.4 Demence u onemocnění virem lidské imunodeficiency [HIV]
- F02.8 Demence u jiných určených nemocí, zařazených jinde

F03 Neurčená demence

F04 Organický amnestický syndrom, který nebyl vyvolán alkoholem nebo jinými psychoaktiv. látkami

F05 Delirium, které není vyvolané alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami

- F05.0 Delirium, které nenasedá na demenci, takto popsané
- F05.1 Delirium, nasedající na demenci
- F05.8 Jiné delirium
- F05.9 Delirium, NS

F06 Jiné duševní poruchy, způsobené poškozením mozku, jeho dysfunkcí a somatickou nemocí

- F06.0 Organická halucinóza
- F06.1 Organická katatonní porucha
- F06.2 Organická porucha s bludy (podobná schizofrenii)
- F06.3 Organické poruchy nálady (afektivní)
- F06.4 Organická úzkostná porucha
- F06.5 Organická dissociativní porucha
- F06.6 Organická emoční labilita (astenie)
- F06.7 Lehká porucha poznávání
- F06.8 Jiné určené duševní poruchy způsobené poškozením a dysfunkcí mozku a somatickou nemocí
- F06.9 Neurčená duševní porucha, způsobená poškozením a dysfunkcí mozku a somatickou nemocí

F07 Poruchy osobnosti a chování způsobené onemocněním, poškozením a dysfunkcí mozku

- F07.0 Organická porucha osobnosti
- F07.1 Postencefalitický syndrom
- F07.2 Postkomoční syndrom
- F07.8 Jiné organické poruchy osobnosti a chování způsobené onemocněním, poškozením a dysfunkcí mozku
- F07.9 Organické poruchy osobnosti a chování nespecifikované způsobem onemocnění, poškozením a dysfunkcí mozku

F09 Neurčená organická nebo symptomatická duševní porucha

F10-F19 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

- .0 Akutní intoxikace
- .1 Škodlivé použití
- .2 Syndrom závislosti
- .3 Odvykací stav
- .4 Odvykací stav s deliriem
- .5 Psychotická porucha

- .6 Amnestický syndrom
- .7 Psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem
- .8 Jiné duševní poruchy a poruchy chování
- .9 Neurčené duševní poruchy a poruchy chování

Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním:

- Alkohol (F10)
 - Opioidů (F11)
 - Kanabinoidů (F12)
 - Sedativ nebo hypnotik (F13)
 - Kokainu (F14)
 - Jiných stimulantů včetně kofeinu (F15)
 - Halucinogenů (F16)
 - Tabáku (F17)
 - Organických rozpouštědel (F18)
 - Více drog a jiných psychoaktivních látek (F19)

F20 – F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

F20 Schizofrenie

- F20.0 Paranoidní schizofrenie
- F20.1 Hebefrenní schizofrenie
- F20.2 Katatonní schizofrenie
- F20.3 Nediferencovaná schizofrenie
- F20.4 Postschizofrenní deprese
- F20.5 Reziduální schizofrenie
- F20.6 Schizofrenia simplex
- F20.8 Jiná schizofrenie
- F20.9 Schizofrenie, NS

F21 Schizotypální porucha

F22 Poruchy s trvalými bludy

- F22.0 Porucha s bludy
- F22.8 Ostatní poruchy s přetrvávajícími bludy
- F22.9 Persistující porucha s bludy, NS

F23 Akutní a přechodné psychotické poruchy

- F23.0 Akutní polymorfní psychotická porucha bez schizofrenních symptomů
- F23.1 Akutní polymorfní psychotická porucha se symptomy schizofrenie
- F23.2 Akutní psychotická porucha podobná schizofrenii
- F23.3 Jiné akutní psychotické poruchy převážně s bludy
- F23.8 Jiné akutní a přechodné psychotické poruchy
- F23.9 Akutní a přechodné nespecifikované psychotické poruchy

F24 Indukovaná porucha s bludy

F25 Schizoafektivní poruchy

- F25.0 Schizoafektivní porucha, manický typ
- F25.1 Schizoafektivní porucha, depresivní typ
- F25.2 Schizoafektivní porucha, smíšený typ
- F25.8 Jiné schizoafektivní poruchy
- F25.9 Schizoafektivní porucha, nespecifikovaná

F28 Jiné neorganické psychotické poruchy

F29 Neurčené neorganické psychózy

F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

F30 Manická fáze

- F30.1 Manie bez psychotických symptomů
- F30.2 Manie s psychotickými symptomy
- F30.8 Jiné manické fáze

F30.9 Manická fáze, NS

F31 Bipolární afektivní porucha

- .0 Bipolární afektivní porucha, současná fáze hypomanická
- .1 Bipolární afektivní porucha současná fáze manická bez psychotických symptomů
- .2 Bipolární afektivní porucha současná fáze manická bez psychotických symptomů
- .3 Bipolární afektivní porucha současná fáze lehká nebo střední deprese
- .4 Bipolární afektivní porucha současná fáze těžké deprese bez psychotických symptomů
- .5 Bipolární afektivní porucha současná fáze těžké deprese s psychotickými symptomy
- .6 Bipolární afektivní porucha současná fáze smíšená
- .7 Bipolární afektivní porucha v současné době v remisi

F32 Depresivní fáze

- F32.0 Lehká depresivní fáze
- F32.1 Středně těžká depresivní fáze
- F32.2 Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků
- F32.3 Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky
- F32.8 Jiné depresivní fáze
- F32.9 Depresivní fáze, NS

F33 Periodická depresivní porucha

- F33.0 Periodická depresivní porucha, současná fáze je lehká
- F33.1 Periodická depresivní porucha, současná fáze je středně těžká
- F33.2 Periodická depresivní porucha, současná fáze je těžká, ale bez psychotických symptomů
- F33.3 Periodická depresivní porucha, současná fáze je těžká s psychotickými příznaky
- F33.4 Periodická depresivní porucha, v současné době v remisi
- F33.8 Jiné periodické depresivní poruchy
- F33.9 Periodická depresivní porucha, NS

F34 Perzistentní afektivní poruchy (poruchy nálady)

- F34.0 Cyklotymie
- F34.1 Dystymie

F40-F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

F40 Fobické úzkostné poruchy

- F40.0 Agorafobie
- F40.1 Sociální fobie
- F40.2 Specifické (izolované) fobie
- F40.8 Jiné anxiosně fobické poruchy
- F40.9 Anxiosně fobická porucha, NS

F41 Jiné anxiózní poruchy

- F41.0 Panická porucha (epizodická záchvatovitá úzkost)
- F41.1 Generalizovaná úzkostná porucha
- F41.2 Smíšená úzkostná a depresivní porucha
- F41.3 Jiné smíšené úzkostné poruchy
- F41.8 Jiné určené úzkostné poruchy
- F41.9 Úzkostná porucha, NS

F42 Obsedantně-nutkavá porucha

- F42.0 Převážně vtíravé myšlenky nebo ruminace
- F42.1 Převážně nutkavé činy (nutkavé rituály)
- F42.2 Smíšené nutkavé myšlenky a činy
- F42.8 Jiné obsedantně-nutkavé poruchy
- F42.9 Obsedantně-nutkavá porucha, NS

F43 Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení

- F43.0 Akutní stresová reakce
- F43.1 Posttraumatická stresová porucha
- F43.2 Poruchy přizpůsobení
- F43.8 Jiné reakce na těžký stres
- F43.9 Reakce na těžký stres, NS

F44 Disociativní (konverzní) poruchy

- F44.0 Dissociativní amnesie
- F44.1 Dissociativní fuga (útěk)
- F44.2 Dissociativní stupor
- F44.3 Trans a posedlost
- F44.4 Dissociativní motorické poruchy
- F44.5 Dissociativní záchvaty
- F44.6 Dissociativní anestezie a ztráta citlivosti
- F44.7 Smíšené dissociativní (konverzní) poruchy
- F44.8 Jiné dissociativní (konverzní) poruchy
- F44.9 Dissociativní (konverzní) porucha, NS

F45 Somatoformní poruchy

- F45.0 Somatizační porucha
- F45.1 Nediferencovaná somatoformní porucha
- F45.2 Hypochondrická porucha
- F45.3 Somatoformní vegetativní dysfunkce
- F45.4 Perzistující somatoformní bolestivá porucha
- F45.8 Jiné somatoformní poruchy
- F45.9 Somatoformní porucha, NS

F48 Jiné neurotické poruchy

- F48.0 Neurastenie
- F48.1 Depersonalizace a derealizace
- F48.8 Jiné určené neurotické poruchy
- F48.9 Neurotická porucha, NS

F50-F59: Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory**F50 Poruchy příjmu potravy**

- .0 Mentální anorexie
- .1 Atypická mentální anorexie
- .2 Mentální bulimie
- .3 Atypická mentální bulimie
- .4 Přejídání spojené s jinými psychologickými poruchami
- .5 Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami
- .9 Porucha příjmu potravy nespecifická

F51 Neorganické poruchy spánku

- F51.0 Neorganická nespavost
- F51.1 Neorganická hypersomie
- F51.2 Neorganická porucha cyklu bdění a spánku
- F51.3 Náměsíčnictví [somnambulismus]
- F51.4 Spánkové děsy [noční děsy - pavor nocturnus]
- F51.5 Noční můry
- F51.8 Jiné neorganické poruchy spánku
- F51.9 Neorganická porucha spánku, NS

F52 Sexuální poruchy, které nejsou způsobeny organickou poruchou nebo nemocí

- F52.0 Nedostatek nebo ztráta sexuální žádostivosti
- F52.1 Odpor k sexualitě a nedostatek požitku ze sexuality
- F52.2 Selhání genitální odpovědi
- F52.3 Poruchy orgasmu
- F52.4 Předčasná ejakulace
- F52.5 Neorganický vaginismus
- F52.6 Neorganická dyspareunie
- F52.7 Nadměrné sexuální nutkání
- F52.8 Jiné sexuální poruchy, které nejsou způsobeny organickou poruchou nebo nemocí
- F52.9 Neurčená sexuální porucha, která není způsobena organickou poruchou nebo nemocí

F53 Duševní poruchy a poruchy chování související se šestineděním zařazené jinde

- F53.0 Lehké duševní poruchy a poruchy chování v souvislosti s puerperiem, nezařazené jinde
- F53.1 Těžké poruchy duševní a poruchy chování v souvislosti s puerperiem, nezařazené jinde
- F53.8 Jiné duševní poruchy a poruchy chování v souvislosti s puerperiem, nezařazené jinde
- F53.9 Puerperální duševní poruchy, NS
- F54 Psychologické a behaviorální faktory, spojené s chorobami nebo poruchami, zařazenými jinde**
- F55 Abusus - zneužívání - látek nezpůsobujících závislost**
- F59 Neurčené poruchy chování v souvislosti s fyziologickými poruchami a somatickými faktory**

F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F60 Specifické poruchy osobnosti

- F60.0 Paranoidní porucha osobnosti
- F60.1 Schizoidní porucha osobnosti
- F60.2 Dissociální porucha osobnosti
- F60.3 Emočně nestabilní porucha osobnosti
- F60.4 Histrionská porucha osobnosti
- F60.5 Anankastická porucha osobnosti
- F60.6 Anxiosní (vyhýbavá) osobnost
- F60.7 Závislá porucha osobnosti
- F60.8 Jiné specifické poruchy osobnosti
- F60.9 Porucha osobnosti, NS

F61 Smíšené a jiné poruchy osobnosti

F62 Přetrvávající změny osobnosti, které nelze přisoudit hrubému poškození nebo nemoci mozku

- F62.0 Přetrvávající změny osobnosti po katastrofické zkušenosti
- F62.1 Přetrvávající změna osobnosti po psychiatrickém onemocnění
- F62.8 Jiné přetrvávající změny osobnosti
- F62.9 Přetrvávající změna osobnosti, NSF63 Návykové a impulzivní poruchy

F63 Nutkavé a impulzivní poruchy

- F63.0 Patologické hráčství
- F63.1 Patologické zakládání požárů (pyromanie)
- F63.2 Patologické kradení (kleptomanie)
- F63.3 Trichotillomanie
- F63.8 Jiné nutkavé a impulzivní poruchy
- F63.9 Nutkavá a impulzivní porucha, NS

F64 Poruchy pohlavní identity

- F64.0 Transsexualismus
- F64.1 Transvestitismus dvojí role
- F64.2 Porucha pohlavní identity v dětství
- F64.8 Jiné poruchy pohlavní identity
- F64.9 Poruchy pohlavní identity, NS

F65 Poruchy sexuální preference

- F65.0 Fetišismus
- F65.1 Fetišistický transvestitismus
- F65.2 Exhibilicionismus
- F65.3 Voyerismus
- F65.4 Pedofilie
- F65.5 Sadomasochismus
- F65.6 Mnohočetné poruchy sexuální preference
- F65.8 Jiné poruchy sexuální preference
- F65.9 Porucha sexuální preference, NS

F66 Psychické a behaviorální poruchy spojené se sexuálním vývojem a orientací

- F66.0 Porucha sexuálního vyžívání
- F66.1 Egodystonická sexuální orientace
- F66.2 Porucha sexuálních vztahů
- F66.8 Jiné poruchy psychosexuálního vývoje
- F66.9 Porucha psychosexuálního vývoje, NS

F68 Jiné poruchy osobnosti a chování u dospělých

F68.0 Zpracování somatických symptomů psychologickými vlivy

F68.1 Záměr produkce nebo předstírání symptomů nebo neschopností somat. nebo psychic. (paděl. por.)

F68.8 Jiné určené poruchy osobnosti a chování u dospělých

F69 Nespecifikovaná porucha osobnosti a chování u dospělých

F70-F79 Mentální retardace

F70 Lehká mentální retardace

F71 Střední mentální retardace

F72 Těžká mentální retardace

F73 Hluboká mentální retardace

F78 Jiná mentální retardace

F79 Neurčená mentální retardace

Následující podrobné členění na čtvrtém místě za položkami F70–F79 k vyznačení rozsahu současných **poruch chování**.

.0 Žádná nebo minimální porucha chování

.1 Významná porucha chování, vyžadující pozornost anebo léčbu

.8 Jiné poruchy chování

.9 Bez zmínky o poruchách chování

F80-F89 – Poruchy psychického vývoje

F80 Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka

F80.0 Specifická porucha artikulace řeči

F80.1 Expresivní porucha řeči

F80.2 Receptivní porucha řeči

F80.3 Získaná afázie s epilepsií (Landauův–Kleffnerův syndrom)

F80.8 Jiné vývojové poruchy řeči nebo jazyka

F80.9 Vývojová porucha řeči nebo jazyka NS

F81 Specifické vývojové poruchy školních dovedností

F81.0 Specifická porucha čtení

F81.1 Specifická porucha psaní a výslovnosti

F81.2 Specifická porucha počítání

F81.3 Smíšená porucha školních dovedností

F81.8 Jiná vývojová porucha školních dovedností

F81.9 Vývojová porucha školních dovedností NS

F82 Specifická vývojová porucha motorických funkcí

F83 Smíšené specifické vývojové poruchy

F84 Pervazivní vývojové poruchy

F84.0 Dětský autismus

F84.1 Atypický autismus

F84.2 Rettův syndrom

F84.3 Jiná dětská dezintegrační porucha

F84.4 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby

F84.5 Aspergerův syndrom

F84.8 Jiné pervazivní vývojové poruchy

F84.9 Pervazivní vývojová porucha NS

F88 Jiné poruchy psychického vývoje

F89 Neurčená porucha psychického vývoje

F90-F98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání

F90 Hyperkinetické poruchy

F90.0 Porucha aktivity a pozornosti

F90.1 Hyperkinetická porucha chování

F90.8 Jiné hyperkinetické poruchy

F90.9 Hyperkinetická porucha, NS

F91 Poruchy chování

- F91.0 Porucha chování vázaná na vztahy k rodině
- F91.1 Nesocializovaná porucha chování
- F91.2 Socializovaná porucha chování
- F91.3 Opoziční vzdorovité chování
- F91.8 Jiné poruchy chování
- F91.9 Porucha chování, NS
- F92 Smíšené poruchy chování a emocí**
 - F92.0 Depresivní porucha chování
 - F92.8 Jiné smíšené poruchy chování a emocí
 - F92.9 Smíšená porucha chování a emocí, NS
- F93 Emoční poruchy s nástupem specifickým pro dětství**
 - F93.0 Separační úzkostná porucha v dětství
 - F93.1 Fobická anxiosní porucha v dětství
 - F93.2 Sociální anxiosní porucha v dětství
 - F93.3 Porucha sourozenecké rivality
 - F93.8 Jiné dětské emoční poruchy
 - F93.9 Dětská emoční porucha, NS
- F94 Poruchy sociálních funkcí s nástupem v dětství a dospívání**
 - F94.0 Elektivní mutismus
 - F94.1 Reaktivní porucha příchyllosti dětí
 - F94.2 Porucha desinhibovaných vztahů u dětí
 - F94.8 Jiné dětské poruchy sociálních funkcí
 - F94.9 Porucha dětských sociálních funkcí, NS
- F95 Tiky**
 - F95.0 Přejídná tiková porucha
 - F95.1 Chronické motorické nebo vokální tiky
 - F95.2 Kombinovaná tiková porucha vokální a mnohočetná motorická F95.8 Jiné druhy tiků
 - F95.9 Tiková porucha, NS
- F98 Jiné poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání**
 - F98.0 Neorganická enuréza
 - F98.1 Neorganická enkopréza
 - F98.2 Poruchy jedení v kojeneckém a dětském věku
 - F98.3 Pika kojenců a dětí
 - F98.4 Stereotypní pohybové poruchy
 - F98.5 Koktavost (zadržávání v řeči)
 - F98.6 Brebtavost
 - F98.8 J.urč.poruchy chování a emocí, se začátkem vyskyt.se obvykle v dětství a v dospívání
 - F98.9 Neurč.poruchy chování a emocí, se začátkem vyskyt.se obvykle v dětství a v dospívání
- F99 Duševní porucha, jinak neurčená**